

Bilaga till

*Öppna jämförelser av  
hälso- och sjukvårdens  
kvalitet och effektivitet 2011*

## Bilaga 1

### Beskrivning av indikatorer

# Innehåll

---

## Övergripande indikatorer

### DÖDLIGHET, UNDVIKBAR SLUTENVÅRD MED MERA

1	Återstående medellivslängd.....	7
2	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet.....	7
3	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet .....	8
4	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.....	9
5	Själv mord i befolkningen .....	10
6	● Avsiktlig självdestruktiv handling – självmordsförsök .....	10
7	Undvikbar slutenvård .....	11
8	Vårdrelaterade infektioner .....	12
9	MPR-vaccination av barn .....	12

### FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHETER

10	Tillgång till sjukvård .....	13
11	Förtroende för vårdcentraler .....	13
12	Förtroende för sjukhus .....	14
13	Bemötande vid besök i primärvård.....	14
14	Information vid besök i primärvård .....	15
15	Delaktighet vid besök i primärvård .....	15
16	● Bemötande vid besök i specialiserad vård .....	16
17	● Information vid besök i specialiserad vård .....	17
18	● Delaktighet vid besök i specialiserad vård.....	17
19	● Bemötande inläggning på sjukhus.....	18
20	● Information vid inläggning på sjukhus .....	18
21	● Delaktighet vid inläggning på sjukhus .....	19

### TILLGÄNGLIGHET

22	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård.....	19
23	● Uppfattning om väntetid vid besök i primärvården.....	20
24	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon .....	21
25	● Besök inom 90 dagar i specialiserad vård.....	21
26	● Operation inom 90 dagar i specialiserad vård .....	22

### KOSTNADER

27	● Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad .....	22
27A	Kostnad per invånare per verksamhetsgren .....	23
27B	Justerad läkemedelskostnad per invånare .....	24
28	Kostnad per konsumerad DRG-poäng .....	24
29	Kostnad per producerad DRG-poäng.....	25
30	● Kostnad per vårdkontakt i primärvård .....	25

- Ny indikator 2011    ● Ändrad indikator jämfört med 2010

## Områdesvisa indikatorer

### LÄKEMEDELSBEHANDLING

31	Tio eller fler läkemedel bland äldre .....	27
32	Läkemedelsinteraktion bland äldre .....	27
33	• Äldre med olämpliga läkemedel .....	28
34	• Förekomst av antibiotikabehandling .....	29
35	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika .....	29
36	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika .....	30
37	Kombinationspreparat vid astma .....	31
38	• Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling .....	31

### GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

39	Tobaksvanor under graviditet.....	32
40	• Screening för riskbruk av alkohol vid graviditet.....	33
41	Tidiga aborter.....	33
42	Dödfödda barn.....	34
43	Neonatal dödlighet.....	34
44	• Infektioner hos barn i neonatalvård .....	35
45	Låg Apgar-poäng hos nyfödda .....	35
46	Bristningar vid förlossning .....	36
47	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet .....	36
48	Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning.....	37

### KVINNOSJUKVÅRD

49	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder .....	37
50	Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder.....	38
51	• Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder .....	39
52	Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation .....	39
53	• Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation .....	40
54	• Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation .....	40
55	• Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation .....	41
56	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall .....	41
57	Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder .....	42

### RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

58	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation .....	42
59	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation .....	43
60	Omoperation efter total höftprotesoperation .....	44
61	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation.....	44
62	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation .....	45
63	• Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation .....	46
64	Väntetid inför höftfrakturoperation .....	46
65	Protesoperation vid höftfraktur .....	47
66	• Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation.....	48

- Ny indikator 2011    • Ändrad indikator jämfört med 2010

67	• Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur .....	48
68	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur.....	49
69	• Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenos .....	49
70	• Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck.....	50
71	Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada .....	50
72	• Utbytesoperation efter korsbandsoperation .....	51
73	• Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit.....	52
74	• Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel.....	52
75	Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel.....	53
76	Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation .....	53
77	Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation .....	54

## DIABETESVÅRD

78	• Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård .....	55
79	• Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes .....	55
80	• Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård .....	56
81	• Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes.....	56
82	• Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård .....	57
83	• Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn.....	57
84	• Amputation vid diabetes .....	58
85	Metformin och nedsatt njurfunktion .....	58

## HJÄRTSJUKVÅRD

86	• Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus .....	59
87	Dödlighet efter hjärtinfarkt .....	59
88	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt.....	60
89	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom .....	61
90	• Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt.....	61
91	• Tid till reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt .....	62
92	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor .....	63
93	• Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt .....	64
94	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt .....	65
95	• Sekundärpreventiv måluppfyllelse efter hjärtinfarkt.....	66
96	• Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom .....	66
97	• Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI .....	67
98	Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt .....	67
99	• Ekokardiografi vid hjärtsvikt.....	68
100	• Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt.....	69
101	• Komplikationer efter pacemakerinsättning .....	69
102	Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt .....	70

## STROKESJUKVÅRD

103	Dödlighet efter förstagångsstroke .....	70
104	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke .....	71

- Ny indikator 2011
- Ändrad indikator jämfört med 2010

105	Vård vid strokeenhet .....	72
106	Trombolysbehandling vid stroke .....	72
107	● Test av sväljförmåga vid akut stroke .....	73
108	Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer .....	73
109	● Blodfettssänkande behandling efter stroke .....	74
110	Återinsjuknande efter stroke .....	75
111	Funktionsförmåga efter stroke .....	76
112	● Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke .....	76
113	● Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke .....	77

#### NJURSJUKVÅRD

114	● Nya patienter i aktiv uremivård .....	77
115	● Risk för död i dialysbehandling.....	78
116	Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys .....	78
117	Kärlaccess vid dialys.....	79
118	● Måluppfyllelse för blodtryck för patienter i hemodialys .....	80

#### CANCERSJUKVÅRD

119	Överlevnad vid tjocktarmscancer .....	80
120	● Omoperation vid tjocktarmscancer.....	81
121	● Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer.....	82
122	Överlevnad vid ändtarmscancer .....	82
123	Omoperation vid ändtarmscancer .....	83
124	● Dödlighet vid operation för ändtarmscancer .....	84
125	Överlevnad vid bröstcancer .....	84
126	● Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata .....	85
127	● Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation .....	85
128	● Tid till operation vid bröstcancer .....	86
129	Överlevnad vid lungcancer .....	87
130	● Multidisciplinär konferens vid lungcancer.....	87
131	● Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer.....	88
132	● Tid till besök vid prostatacancer .....	89
133	Kurativ behandling vid prostatacancer .....	89
134	● Tid till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer .....	90

#### PSYKIATRISK SJUKVÅRD

135	Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel.....	90
136	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre .....	91
137	Användning av lämpliga sömnmedel till äldre.....	92
138	Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos.....	93
139	Återinskrivning efter 14 resp. 28 dagar efter vård för schizofreni .....	94
140	Återinskrivning efter 3 resp. 6 månader efter vård för schizofreni .....	94
141	Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom .....	95
142	Besök inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatri.....	95

● Ny indikator 2011    ● Ändrad indikator jämfört med 2010

143	• Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri .....	96
144	Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård .....	96
145	• Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård .....	97

#### KIRURGISK BEHANDLING

146	Omoperation vid ljumskbräck .....	97
147	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck.....	98
148	• Dödlighet efter vård för blödande magsår .....	98
149	• Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi .....	99
150	• Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi.....	99
151	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa .....	100
152	Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa.....	100
153	• Antibiotika vid borttagande av gallblåsa.....	101
154	Kostnad per DRG-poäng vid galloperation.....	101
155	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder .....	102
156	Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben .....	103
157	• Död efter planerad operation för aortaaneurysm.....	103
158	Kostnad per operation av kärlförträngning i ben .....	104
159	Patientrapporterat resultat av septumplastik.....	105
160	• Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation .....	105
161	Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation.....	106
162	• Självskattad nytta av kataraktoperation.....	106

#### INTENSIVVÅRD

163	Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA.....	107
164	Utskrivning nattetid från IVA .....	108
165	Oplanerad återinskrivning till IVA .....	109

#### ANNAN VÅRD

166	God viruskontroll vid HIV .....	109
167	• Smärtskattning under sista levnadsveckan .....	110
168	• Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede .....	111
169	• Brytpunktssamtal i livets slutskede .....	112
170	• Bromsmedicin vid skovvis förloppande MS.....	113
171	• Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS .....	113
172	• Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos .....	114
173	• Förbättring efter behandling vid makuladegeneration .....	114

• Ny indikator 2011    • Ändrad indikator jämfört med 2010

# Övergripande indikatorer

## HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET MED MERA

### 1 Återstående medellivslängd

#### Mått

Förväntad återstående medellivslängd vid födelsen.

#### Beskrivning och syfte

Medellivslängden utgörs av antalet år som i genomsnitt återstår att leva för en nyfödd. Beräkningarna baseras på dödsriskerna för varje åldersår. Beräkningarna har gjorts vid Statistiska Centralbyrån.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Här mäts den återstående medellivslängden vid födelsen. Den återstående medellivslängden utgörs av det antal år som i genomsnitt återstår att leva för en person i en viss bestämd ålder enligt den, vid tidpunkten för beräkningen, gällande dödligheten. Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Det är ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder.

#### Datakälla

Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån (SCB).

### 2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

#### Mått

Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt.

#### Beskrivning och syfte

Måttet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 1–79 år.

Med hälsopolitiska åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar eller olyckor vilka bedöms kunna påverkas med hälsopolitiska insatser. I måttet ingår dödsfall orsakat av lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motortrafikolyckor.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet dödsfall under perioden har hämtats från dödsorsaksregistret genom följande koder:

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Lungcancer	162	C34	1–79 år
Cancer i matstrupe	150	C15	”
Levercirros	571	K70, K73–K74	”
Motortrafikolyckor	E810–823	V-koder under kap XX som avser motorfordonsolyckor i trafik	”

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet dödsfall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

Måttet åtgärdbar dödlighet utarbetades i mitten av 1980-talet inom EU. Arbetet inom EU resulterade i två atlaser där de regionala skillnaderna mellan och inom EU-länderna redovisades. Måttet har senare modifierats och t.ex. har cancer i matstrupe lagts till bland de hälsopolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats utökats till åldern 1–79 (mot tidigare 1–74 år).

#### Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Små landsting tenderar också att få instabilare värden.

### 3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

#### Mått

Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser.

#### Beskrivning och syfte

Måttet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 1–79 år.

Med sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av t.ex. stroke, diabetes och cancer i livmoderhals (se nedan för fullständig lista).

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet dödsfall under perioden har hämtats från Dödsorsaksregistret genom följande koder:

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Tuberkulos	010–018, 137	A15–A19, B90	1–79 år
Cervixcancer	180	C53	”
Hodgkins sjukdom	201	C81	”
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	393–398	I05–I09	”
Diabetes	250	E10–E14	”
Andningsorganens sjukdomar	460–519	J00–J99	1–14 år
Astma	493	J45–J46	1–79 år
Blindtarmsinflammation	540–543	K35–K38	”
Bukbräck	550–553	K40–K46	”
Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	574–575.1, 576.1	K80–K81, K83.0	”
Hypertonsjukdomar	401–405	I10–I15	”
Stroke	430–438	I60–I69	”
Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	630–676	O00–O99	”
Tyfoidfieber	002.0	A01.0	”
Kikhosta	033	A37	1–14 år
Tetanus	037	A35	1–79 år
Mässling	055	B05	1–14 år
Osteomyelit	730	M86–M87	1–79 år



I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet dödsfall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

Måttet åtgärdbar dödlighet utarbetades i mitten av 1980-talet inom EU. Arbetet inom EU resulterade i två atlasar där de regionala skillnaderna mellan och inom EU-länderna redovisades. Måttet har senare modifierats och t.ex. har diabetes lagts till bland de sjukvårdspolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats utökats till åldern 1–79 (mot tidigare 1–74 år).

#### Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då metoden att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Särskilt kan detta gälla diabetes. Små landsting tenderar också att få instabilare värden.

## 4 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

---

### Mått

Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar antalet döda i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare i åldrarna under 80 år.

Ischemiska hjärtsjukdomar ingår idag inte som komponent i de mått på åtgärdbar dödlighet som årligen publiceras i Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. Den kraftiga nedgången i dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar under många år antyder dock att en del kan åtgärdas med medicinska insatser eller genom förändrade levnadsvanor och livsvillkor. Måttet lämpar sig för jämförelser över tid.

### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgift om underliggande dödsorsak hämtas från dödsorsaksregistret.

Underliggande dödsorsak	Diagnoskod ICD-10
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med rikets befolkning år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation bör användas för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Den geografiska fördelningen görs utifrån personernas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget.

#### Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Metoden att sätta dödsorsaksdiagnos kan variera mellan regioner.

## 5 Självmord i befolkningen

---

### Mått

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare.

### Beskrivning och syfte

I måttet ingår antal självmord och antal dödsfall med oklart uppsåt.

Måttet redovisas per 100 000 invånare sammantaget för perioden, per landsting.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Ålderstandardisering har gjorts med rikets befolkning år 2000 befolkning som standardpopulation.

Dödsorsak	Diagnoskod ICD-10
Självmord	X60–X84
Oklar avsikt	Y10–Y34

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

### Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

## 6 Avsiktlig självdestruktiv handling (självordsförsök)

---

### Mått

Avsiktlig självdestruktiv handling (självordsförsök).

### Beskrivning och syfte

Psykisk ohälsa är en av de stora utmaningarna som hälso- och sjukvården står inför. I den internationella klassifikationen av sjukdomar (ICD-10) finns diagnoskoderna X60–X84 som innefattar olika typer av "avsiktlig självdestruktiv handling", det som i vardagligt tal benämns "självordsförsök". Denna indikator visar, på ett par olika sätt, hur många patienter som vårdats med någon av dessa diagnoser som huvuddiagnos. En diagnos som är ett uttryck för psykisk ohälsa.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Åldersstandardisering har gjorts med rikets befolkning 2000 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort. Alla från slutenvård och öppenvård har kommit i statistiken.

*Täljare:* Alla registrerade för självordsförsök.

*Nämnare:* Sveriges invånare.

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Bortfall i diagnostisering kan vara en felkälla.

## 7 Undvikbar slutenvård

### Mått

Antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare år. Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedömts belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med år 2000 befolkning som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

Följande sjukdomstillstånd och koder enligt ICD-10 ingår i måttet:

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
<b>Kroniska tillstånd</b>	
Anemi	D501, D508, D509
Astma	J45, J46,
Diabetes	E101–E108 (huvud- eller bidiagnos) E110–E118 (huvud- eller bidiagnos) E130–E138 (huvud- eller bidiagnos) E140–E148 (huvud- eller bidiagnos)
Hjärtsvikt	I50, I110, J81
Högt blodtryck	I10, I119
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos) J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
<b>Akuta tillstånd</b>	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286
Diarré	E86, K522, K528, K529
Epileptiska krampanfall	O15, G40, G41, R56
Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen	N70, N73, N74
Njurbäckeninflammation	N390, N10, N11, N12, N136
Öra-näsa-halsinfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J312

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Skillnaderna i undvikbar slutenvård tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och att sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

## 8 Vårdrelaterade infektioner

---

### Mått

Andel patienter med vårdrelaterad infektion, procent. Avser patienter i sluten vård.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Punktprevalensmätning som sker två gånger per år vid samtliga sjukhus i Sverige. Sjukhusen genomför mätningarna vid ett tillfälle under en tvåveckorsperiod i april och i november. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.

*Täljare:* Antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården med vårdrelaterad infektion.

*Nämnare:* Totalt antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården.

Mätperiod: En 2-veckorsperiod i april och i november.

### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

### Felkällor

Täckningsgraden är drygt 90 procent beräknat utifrån antal rapporterade patienter i förhållande till disponibla vårdplatser. Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild vid mättillfället och utfallet kan påverkas av andra yttre faktorer vid den aktuella tidpunkten. Mätmetoden lämpar sig inte för jämförelser mellan sjukhus på grund av skillnader i patientsammansättning.

## 9 MPR-vaccination av barn

---

### Mått

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund av alla barn födda 2008 och inskrivna på BVC januari 2011, procent.

### Beskrivning och syfte

MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården (BVC-journaler) och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifterna avser vaccinationsstatus i januari 2011. MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet.

*Täljare:* Antal barn födda 2008 som MPR-vaccinerats minst en gång vid mättillfället jan. 2011.

*Nämnare:* Totalt antal barn födda 2008 och var inskrivna inom barnhälsovården.

### Datakälla

Smittskyddsinstitutet.

### Felkällor

Det grundläggande datamaterialet är av god kvalitet med en hög täckningsgrad.

## FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHET

### 10 Tillgång till sjukvård

---

#### Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen "Instämmer helt/delvis", "Varken eller" samt "Tar helt/delvis avstånd från" på påståendet Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver, procent.

#### Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 20 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Datainsamlingen för 2010 inleddes den 18 oktober och avslutades den 20 december 2010. Under hösten 2010 genomfördes 1 000 intervjuer per landsting.

#### Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "varken eller".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Tar helt/delvis avstånd från".

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Svarsfrekvensen var 52,8 procent.

### 11 Förtroende för vårdcentraler

---

#### Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen "Instämmer helt/delvis", "Varken eller" samt "Tar helt/delvis avstånd från" på påståendet Jag har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler, procent.

#### Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 20 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Datainsamlingen för 2010 inleddes den 18 oktober och avslutades den 20 december 2010. Under hösten 2010 genomfördes 1 000 intervjuer per landsting.

#### Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentralen.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "varken eller".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Tar helt/delvis avstånd från".

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Svarsfrekvensen var 52,8 procent.

## 12 Förtroende för sjukhus

---

#### Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen "Instämmer helt/delvis", "Varken eller" samt "Tar helt/delvis avstånd från" på påståendet Jag har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus, procent.

#### Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 20 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Databasinsamlingen för 2010 inleddes den 18 oktober och avslutades den 20 december 2010. Under hösten 2010 genomfördes 1 000 intervjuer per landsting.

#### Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentralen.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "varken eller".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Tar helt/delvis avstånd från".

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Svarsfrekvensen var 52,8 procent.

## 13 Bemötande vid besök i primärvård

---

#### Mått

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård.

#### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde bemötandet vid det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

För 2010 deltog samtliga landsting utom Gotland, Jämtland, Norrbotten, Uppsala och Örebro. Svarefrekvensen var 58 procent med en variation mellan deltagande landsting på 45–61 procent.

## 14 Information vid besök i primärvård

---

### Mått

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård.

### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde tillgången till information vid det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

För 2010 deltog samtliga landsting utom Gotland, Jämtland, Norrbotten, Uppsala och Örebro. Svarefrekvensen var 58 procent med en variation mellan deltagande landsting på 45–61 procent.

## 15 Delaktighet vid besök i primärvård

---

### Mått

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård

### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde delaktighet vid det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner.

Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

### Felkällor

För 2010 deltog samtliga landsting utom Gotland, Jämtland, Norrbotten, Uppsala och Örebro. Svarefrekvensen var 58 procent med en variation mellan deltagande landsting på 45–61 procent.

## 16 Bemötande vid besök i specialiserad vård

---

### Mått

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Fördelning mellan svarsalternativ. Avser specialiserad somatisk vård.

### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde bemötandet vid det aktuella läkarbesöket på specialistmottagning eller motsvarande.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätning genomfördes inom öppen och slutna psykiatrisk vård (vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård.

Drygt 148 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

### Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som svarat "Ja, helt och hållet på frågan om de blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Delvis".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Nej".

Nämnare: Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

### Felkällor

Svarefrekvens för riket på 61 procent, 2010.



## 17 Information vid besök i specialiserad vård

---

### Mått

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Fördelning mellan svarsalternativ.  
Avser specialiserad somatisk vård

### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde tillgång på information vid det aktuella läkarbesöket på specialistmottagning eller motsvarande.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätning genomfördes inom öppen och slutna psykiatrisk vård (vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård.

Drygt 148 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

### Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som svarat "Ja, helt och hållet på frågan om de fick tillräcklig information om sitt tillstånd.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Delvis".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Nej".

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

### Felkällor

Svarsfrekvens för riket på 61 procent, 2010.

## 18 Delaktighet vid besök i specialiserad vård

---

### Mått

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Fördelning mellan svarsalternativ. Avser specialiserad somatisk vård.

### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde delaktighet vid det aktuella läkarbesöket på specialistmottagning eller motsvarande.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätning genomfördes inom öppen och slutna psykiatrisk vård (vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård.

Drygt 148 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

### Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som svarat "Ja, helt och hållet på frågan om de kände sig delaktiga i beslut om behandling.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Delvis".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Nej".

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Svarsfrekvens för riket på 61 procent, 2010.

## 19 Bemötande vid inläggning på sjukhus

---

#### Mått

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Fördelning mellan svarsalternativ. Avser specialiserad somatisk vård.

#### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde bemötandet vid det aktuella vårdtillfället.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätning genomfördes inom öppen och slutna psykiatrisk vård (vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård.

Inom den somatiska slutenvården gick enkäten ut till drygt 56 000 patienter som legat inlagda. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

#### Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som svarat "Ja, helt och hållet på frågan om de blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Delvis".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Nej".

Nämnare: Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Svarsfrekvens för riket på 67 procent, 2010.

## 20 Information vid inläggning på sjukhus

---

#### Mått

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Fördelning mellan svarsalternativ. Avser specialiserad somatisk vård.

#### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde tillgång på information vid det aktuella vårdtillfället.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätning genomfördes inom öppen och slutna psykiatrisk vård (vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård.

Inom den somatiska slutenvården gick enkäten ut till drygt 56 000 patienter som legat inlagda. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

*Täljare:*

- Antal individer i ett urval av befolkningen som svarat "Ja, helt och hållet på frågan om de fick tillräcklig information om sitt tillstånd.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Delvis".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Nej".

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting

#### Felkällor

Svarsfrekvens för riket på 67 procent, 2010

## 21 Delaktighet vid inläggning på sjukhus

---

### Mått

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?"  
Fördelning mellan svarsalternativ. Avser specialiserad somatisk vård.

### Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde delaktighet vid det aktuella vårdtillfället.

### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Nationell Patientenkät genomfördes första gången inom den specialiserade vården våren 2010. Mätning genomfördes inom öppen och slutna psykiatrisk vård (vuxna) samt inom somatisk öppen- och slutenvård.

Inom den somatiska slutenvården gick enkäten ut till drygt 56 000 patienter som legat inlagda. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

*Täljare:*

- Antal individer i ett urval av befolkningen som svarat "Ja, helt och hållet på frågan om de kände sig delaktiga i beslut om behandling.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Delvis".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Nej".

*Nämnare:* Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

#### Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Svarsfrekvens för riket på 67 procent, 2010.

## TILLGÄNGLIGHET

## 22 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

---

### Mått

Andel patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar andelen patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen inom sju dagar i förhållande till det totala antalet inrapporterade besök som omfattas av vårdgarantin.

Faktisk väntetid avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen och fick en besökstid, till tidpunkten för besöket.

Med läkarbesök avses här patienter som besöker läkaren för ett tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad eller kraftig förändring/försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. Patienter som besöker läkaren för kontroll/uppföljning av ett känt hälsoproblem eller patienter som kommer för att få ett hälsointyg omfattas inte. Patienter som valt en senare tid (patient-vald väntetid) än den som erbjuds exkluderas.

#### **Teknisk beskrivning**

Samtliga vårdcentraler/motsvarande rapporterar uppgifter om faktisk väntetid i kalenderdagar per patient. Även privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas. Det är endast besök på allmänläkarmottagningen under ordinarie mottagningstid som ska rapporteras.

Primärvårdsmätningarna genomförs från och med 2009 under tio arbetsdagar i följd under två veckor, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar.

*Täljare:* Antal patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen i primärvården inom sju dagar vid det aktuella mättillfället.

*Nämnare:* Det totala antalet inrapporterade besök på allmänläkarmottagning i primärvården vid det aktuella mättillfället.

#### **Datakälla**

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

#### **Felkällor**

Andel patienter som får komma inom sju dagar är beroende av hur långt fram i tiden patienter kan bokas in för ett läkarbesök. Vissa vårdcentraler har begränsad tidsbokning framåt i tiden.

Vid vårdcentraler där patienter till exempel endast kan bokas för tid samma dag och ombeds att ringa nästa dag, om alla tider är upptagna, ger mätningen en falsk bild av tillgängligheten.

## **23 Uppfattning om väntetid vid besök i primärvård**

---

#### **Mått**

"Vad anser du om tiden du fick vänta?"

#### **Beskrivning och syfte**

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde tillgängligheten till det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

#### **Teknisk beskrivning**

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner.

Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

#### **Datakälla**

Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

#### **Felkällor**

För 2010 deltog samtliga landsting utom Gotland, Jämtland, Norrbotten, Uppsala och Örebro. Svarefrekvensen var 58 procent med en variation mellan deltagande landsting på 45–61 procent. Yngre män är som en följd av ett lågt deltagande kraftigt underrepresenterade i materialet. Äldre patienter av båda könen är överrepresenterade till följd av en hög svarsfrekvens i dessa grupper.

## 24 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon

---

### Mått

Andel besvarade samtal till datoriserade telefonisystem under mars månad.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar andelen besvarade samtal till återuppringningssystem eller datoriserad växel under hela mars.

### Teknisk beskrivning

Vårdcentraler, offentliga och privata som har datoriserade telefonisystem (återuppringningssystem eller datoriserad växel) redovisar totalt antal samtal (både antal besvarade och antal besvarade) varav besvarade samtal under en hel kalendermånad (mars och oktober).

*Täljare:* Antalet besvarade eller återuppringda samtal.

*Nämnare:* Totala antalet påringningar.

### Datakälla

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

### Felkällor

Öppettider för det aviserade telefonnumret. Begränsade öppettider ger lägre andel besvarade samtal.

Svårt att särskilja olika typer av samtal till datoriserade växlar. Även ett bortfall i totalt antal samtal då man lägger på luren innan svar.

## 25 Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

---

### Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på besök i planerad specialiserad vård.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 90 dagar på ett förstabesök inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella mättillfället. Enbart läkarbesök ingår.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.

### Teknisk beskrivning

Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.

Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system. Databasens vårdutbud täcker i stort sett alla specialiteter och subspecialiteter, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

*Täljare:* Antal patienter som väntat högst 90 dagar på besök till specialiserad vård.

*Nämnare:* Totalt antal patienter som väntar.

### Datakälla

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

### Felkällor

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Liksom ev. avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

### Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på operation/åtgärd i planerad specialiserad somatisk vård.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 90 dagar på behandling (42 specifika operationer/åtgärder) inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella mättillfället.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om behandling har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.

### Teknisk beskrivning

Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.

Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system. Databasens vårdutbud täcker nästan all planerad verksamhet, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

*Täljare:* Antal patienter som väntat högst 90 dagar på operation/åtgärd i den specialiserade vård

*Nämnare:* Totalt antal patienter som väntar.

### Datakälla

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

### Felkällor

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Liksom ev. avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

## KOSTNADER

## 27 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

---

### Mått

Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.

### Beskrivning och syfte

Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård sedan hänsyn tagits till kostnadspåverkande faktorer som landstinget inte kan påverka bland annat befolkningens ålderssammansättning, sjukdomsförekomst m.m.

Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för primärvårdsansluten hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Dessutom har omstruktureringskostnader exkluderats för att öka jämförbarheten.

Kostnadsbegreppet som används är nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår.

Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte. Kostnaden ställs mot invånare per 31 december. Måttet utgörs av den faktiska nettokostnaden per invånare (enligt ovan), exklusive läkemedel, dividerad med kvoten mellan standardkostnad för hälso- och sjukvård inkl lönestruktur i respektive landsting och motsvarande för riket. Till detta läggs läkemedelskostnaden dividerad med kvoten mellan landstingets statsbidrag per invånare för läkemedel och genomsnittligt statsbidrag.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

En förväntad nettokostnad enligt behovsindex (standardkostnad) beräknas årligen i det kommunala utjämningsystemet för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden uttrycker kostnaden per invånare i respektive landsting med hänsyn till glesbygd och förekomst av vissa särskilt vårdtunga grupper samt skillnader i befolkningen vad gäller ålder, sysselsättning, inkomster och boende. Även skillnader i lönestruktur ingår. Standardkostnaden beräknas utifrån riksgenomsnittet för varje delgrupp. Skillnader i standardkostnad mellan olika landsting avser att avspegla den kostnadsmässiga betydelsen av dessa strukturella skillnader mellan landstingen. Skillnaden mellan landstingets standardkostnad och standardkostnaden för riket innebär motsvarande bidrag eller avgift i skatteutjämnings kostnadsutjämnning.

Statsbidraget för läkemedel fördelas mellan landstingen enligt en modell liknande den för sjukvården. Kvoten mellan statsbidrag per invånare för det enskilda landstinget och riksgenomsnittet uttrycker strukturella skillnader i bl.a. sjukdomspanorama som påverkar de förväntade läkemedelskostnaderna. För tidigare period har kostnaderna räknats upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPIK (Landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner).

*Täljare:* Strukturjusterad nettokostnad exkl kostnader för primärvårdsansluten hemsjukvård, omstruktureringskostnader och tandvård i kronor.

*Nämnare:* Befolkningsmängd per 31 december.

#### Datakällor

Ekonomistatistik och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.  
LPIK, Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Modellen för beräkning av standardkostnaden fångar inte upp alla strukturella faktorer som påverkar kostnadsläget.

## 27A Sjukvårdskostnad per invånare per verksamhetsgren

---

#### Mått

Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.

#### Beskrivning och syfte

Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för primärvårdsansluten hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Även omstruktureringskostnader exkluderas. Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte. Kostnaden redovisas i kronor per invånare.

#### Teknisk beskrivning

Årlig undersökning via enkäter till samtliga landsting med bokslutsuppgifter om kostnader och intäkter för olika verksamheter. En landstingsgemensam verksamhetsindelning, VI 2000, definierar och avgränsar hälso- och sjukvård, tandvård, hemsjukvård, primärvård, specialiserad somatisk vård etc. En gemensam kontoplan definierar kostnads- och intäktslag.

*Täljare:* Nettokostnad per verksamhetsgren exkl primärvårdsansluten hemsjukvård, omstruktureringskostnader och tandvård i kronor.

*Nämnare:* Befolkningsmängd per 31 december.

#### **Datakällor**

Ekonomistatistik och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

#### **Felkällor**

Kvaliteten i uppgifterna är god.

## **27B Justerad läkemedelskostnad per invånare**

---

#### **Mått**

Kostnad per invånare för läkemedel inom läkemedelsförmånen.

#### **Beskrivning och syfte**

Måttet belyser landstingets kostnad i kronor per invånare för de receptförskrivna läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen. Då landstingen har olika rutiner för receptförskrivning respektive rekvisition för vissa läkemedelsgrupper har följande utelämnats: B01AB heparingruppen, B01AC trombocyttaggregationshämmare, B02BD koagulationsfaktorer, B03XA övriga medel vid anemier, H01CB tillväxthormonhämmare, J06BA humant normalt immunglobulin, J07BM papillomvirusvacciner, L01XE proteinkinashämmare, L03A immunstimulerande medel, L04A immunsuppressiva medel, N07BC medel vid opioidberoende. Kostnaden för handelsvaror inom förmånen ingår inte.

#### **Teknisk beskrivning**

Ålders- och könsräddig standardisering med rikets population.

#### **Datakälla**

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### **Felkällor**

Det har inte gjorts några justeringar för eventuella variationen av sjukdomsbilden mellan landstingen.

## **28 Kostnad per konsumerad DRG-poäng**

---

#### **Mått**

Landstingens kostnader per konsumerad prestation (DRG-poäng) inom specialiserad somatisk vård i kronor.

#### **Beskrivning och syfte**

Specialiserad somatisk vård omfattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering och geriatrik. Såväl öppen vård som slutna vård och hemsjukvård ingår i måttet. Området definieras i VI 2000.

Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.

Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator 27A).

Sjukvårdens prestationer uttrycks i konsumerade DRG-poäng. Antal DRG-poäng är summan av alla vårdkontakter multiplicerad med vikten för respektive vårdkontakt.

#### **Typ av indikator**

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### **Teknisk beskrivning**

Nettokostnaden justeras för köp och försäljning av verksamhet mellan landsting inom specialiserad somatisk mottagningsverksamhet för att matcha de verksamhetsuppgifter som används.

DRG-poäng beräknas på landstingens konsumerade vårdtillfällen och besök som justeras för den beräknade vikt varje vårdkontakt har. Alla till patientregistret rapporterade vårdtillfällen



tillsammans och läkarbesök grupperas i NordDRG och får därmed en DRG-grupp och en vikt enligt den senaste tillgängliga grupperaren och reella viktlistan. Resterande besök delas in efter besökstyp, personalkategori och verksamhetsområde och åsätts en standardvikt för respektive grupp.

Vikterna till NordDRG beräknas på den nationella Kostnad Per Patient (KPP) – databasen som innehåller verkliga kostnader per vårdtillfälle för drygt 60 % av den slutna vården. Prestationerna hämtas från de nationella patientregistren och från SKL:s besöksstatistik.

Riket innehåller de vårdkontakter och kostnader som inte har kunnat bindas till ett visst lands-ting/region.

Vid beräkning av tidigare period har vikter för det senaste året används och kostnaderna räknats upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPIK.

#### **Datakälla**

Patientregistret, Socialstyrelsen.

Verksamhetsstatistik, KPP-Databasen och LPIK, Sveriges Kommuner och Landsting.

Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån.

#### **Felkällor**

DRG-poäng beräknas på de individuella vårdkontakternas primära registreringar om främst diagnoser och åtgärder. Det gör att felaktigheter i grundkodningen kan komma att påverka utfallet (dock marginellt). DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientmix, patienternas ålder och sjukdomssvårighet, men inte till andra faktorer. Patientregistret i slutenvård är väl etablerat men i den öppna vården förekommer fortfarande brister.

## **29 Kostnad per producerad DRG-poäng**

---

#### **Mått**

Kostnad per producerad DRG-poäng i somatisk slutenvård per sjukhus.

#### **Beskrivning och syfte**

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per producerad DRG-poäng för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

#### **Teknisk beskrivning**

*Täljare:* Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen.

*Nämnare:* Totala DRG-vikten.

Mätperiod: 2010

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

#### **Datakälla**

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

#### **Felkällor**

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## **30 Kostnad per vårdkontakt i primärvård**

---

#### **Mått**

Landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården.

#### **Beskrivning och syfte**

Primärvård omfattar allmänläkarvård, sjuksköterskevård, mödra- och barnhälsovård, sjukgymnastik och arbetsterapi med mera enligt definition i VI 2000.

Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Kostnaderna för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.

Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator 27A).

Viktad vårdkontakt omfattar antalet besök av olika typ (till exempel mottagningsbesök, hembesök) samt telefonkontakter (endast om de ersatt ett besök) hos/av läkare och andra personalkategorier. Dessa viktas samman efter genomsnittlig resurstyngd.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Vårdkontaktarna viktas med hänsyn till typen av vårdkontakt (telefonkontakt eller mottagningsbesök), vilken personalkategori som är involverad och vilket delområde kontakten är redovisad på (t.ex. arbetsterapi eller allmänläkarvård). De olika typerna av besök och telefonkontakter har viktats enligt genomsnittlig resurstyngd. På samma sätt har läkarkontakter och kontakter hos andra personalkategorier viktats. Ett hembesök motsvarar 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök. Ett besök hos annan personalkategori än läkare motsvarar 40 % av ett läkarbesök. Vårdkontaktarna viktas sedan enligt genomsnittskostnaden per vårdkontakt för respektive delområde (allmänläkarvård, sjuksköterskevård etcetera). Vårdkontaktarna justeras för köp från och försäljning till andra huvudmän utifrån uppgifter om kostnader och intäkter från räkenskapsammandraget för landsting.

#### Datakälla

Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån.

#### Felkällor

Viss osäkerhet finns i uppdelningen av vårdkontakter efter typ av besök och i uppgifterna om telefonkontakter. I kostnadsberäkningar har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård.

# Områdesvisa indikatorer

---

## LÄKEMEDELSBEHANDLING

### 31 Tio eller fler läkemedel bland äldre

---

#### Mått

Andelen 80 år och äldre som använder 10 eller fler läkemedel samtidigt.

#### Beskrivning och syfte

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas. Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

*Täljare:* Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas samtidigt ha använt 10 eller fler läkemedel.

*Nämnare:* Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

#### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

### 32 Läkemedelsinteraktion bland äldre

---

#### Mått

Andelen 80 år och äldre som använder läkemedel med risk för D-interaktioner.

#### Beskrivning och syfte

Med läkemedelsinteraktion menas kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras effekter. D-interaktioner utgör tillsammans med C-interaktioner de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna varav D-interaktioner är den mest allvarliga. D-interaktioner kan, enligt FASS, leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd

uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas.

Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

*Täljare:* Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas ha använt minst en läkemedelskombination med risk för D-interaktioner.

*Nämnare:* Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

#### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

### 33 Andel äldre med olämpliga läkemedel

---

#### Mått

Andel äldre i befolkningen med minst ett av fyra olämpliga läkemedel.

#### Beskrivning och syfte

Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa omfattas av indikatorn Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger, som är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Åldersgrupper är 80 år och äldre.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Indikatorn innefattar läkemedlen/läkemedelsgrupperna: bensodiazepiner med lång halveringstid, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, det smärtstillande medlet tramadol och sömnmedlet propiomazin.

Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

*Täljare:* alla patienter som har förskrivits till läkemedel: tramadol och bensodiazepiner med lång halveringstid och läkemedel med betydande antikolinerga effekter.

*Nämnare:* Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

#### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

## 34 Förekomst av antibiotikabehandling

---

### Mått

Antibiotikarecept per 1 000 invånare.

### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver antalet uthämtade recept på antibiotika i förhållande till hela befolkningen.

### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Åldersstandardiserat med befolkningen år 2010 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personens hemort. Uppgifterna baseras på recept på antibiotika som hämtas ut på apoteket.

Läkemedel	ATC-kod
Antibiotika	J01
Penicilin V	J01CE02

*Täljare:* Antal recept på antibiotika.

*Nämnare:* Antal invånare.

Som extrainformation anges hur stor andel av det först förskrivna receptet under perioden som var penicillin V.

*Täljare:* Antal personer där första recept var på penicillin V.

*Nämnare:* Antal personer som hämtat ut minst ett recept på antibiotika under perioden.

### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutna vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 35 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

---

### Mått

Andel barn 0–6 år som behandlats med penicillin V av alla som behandlats med luftvägsantibiotika.

### Beskrivning och syfte

Överdriven användning av bredspektrumantibiotika bidrar till att öka antibiotikaresistensen. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är Penicillin V förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas. Det är ett så kallat smalspektrumantibiotika, som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora. Måttet avser att mäta andel barn som fått penicillin V som förstahandspreparat vid förskrivning av luftvägsantibiotika.

### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna i täljaren, penicillin V, har i Läkemedelsregistret definierats med ATC-kod: J01CE02.

Luftvägsantibiotika har definierats som penicillin V, makrolider, cefalosporiner, amoxicillin. ATC-koder: J01CA04, J01CR02, J01FA01, J01FA06, J01FA09, J01FA10, J01DB01, J01DB05, J01DC02, J01DC08, J01DD14.

Åldersstandardiserat med 2000 års befolkning som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på barnens hemort.

*Täljare:* Antal barn 0–6 år som vid första uttag under året hämtat ut recept på penicillin V.

*Nämnamnare:* Antal barn 0–6 som hämtat ut något recept på penicillin V, makrolider, cefalosporiner, amoxicillin.

Tilläggsinformation i kolumnen höger om diagrammet i rapporten: Andel barn i befolkningen som hämtat ut något luftvägsantibiotika.

*Täljare:* Antal barn som behandlats med luftvägsantibiotika.

*Nämnamnare:* Antal barn i befolkningen.

#### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 36 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

---

### Mått

Andel kvinnor 18–64 år behandlade med kinoloner vid nedre urinvägsinfektion.

### Beskrivning och syfte

Kinoloner är bredspektrumantibiotika och innefattar ciprofloxacin och norfloxacin. Kinoloner är ett bredspektrumantibiotika som i huvudsak bör förbehållas allvarliga infektioner. Strategigruppen för rationell antibiotikaförskrivning och minskad antibiotikaresistens (strama) och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har som mål att andelen kinoloner vid förskrivning mot okomplicerad urinvägsinfektion ska vara högst 10 procent. Måttet avser att belysa följsamheten till dessa rekommendationer.

I måttet ingår kvinnor 18–64 år som någon gång under året hämtat ut ett recept på något av de ingående preparaten. Gäller endast förstagsuttag.

### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på kvinnornas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Ciprofloxacin	J01MA02
Norfloxacin	J01MA06
Pivmecillinam	J01CA08
Trimetoprim	J01EA01
Nitrofurantoin	J01XE01

*Täljare:* Antal kvinnor 18–64 år som under året hämtat ut recept på kinoloner.

*Nämnamnare:* Totalt antal kvinnor som hämtat ut recept på urinvägsantibiotikum; ciprofloxacin, norfloxacin, pivmecillinam, trimetoprim, nitrofurantoin.

#### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak. För framförallt kinoloner kan det finnas andra orsaker till förskrivning än nedre urinvägsinfektion, därigenom kommer kinolonernas andel att överskattas.

## 37 Kombinationspreparat vid astma

---

### Mått

Andel nya användare av astmakombinationspreparat som tidigare inte förskrivits astmaläkemedel.

### Beskrivning och syfte

Läkemedelsverkets behandlingstrappa vid astma innebär att fasta kombinationer av beta-2-stimulerare och inhalationssteroider endast skall användas av enkelhetsskäl efter noggrann utprovning var för sig.

Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av astmakombinationspreparat tidigare fått behandling med astmaläkemedel, som ett mått på följsamhet till behandlingsrekommendationer.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Astmaläkemedel	R03
Astmakombinationspreparat	R03AK06,R03AK07

*Täljare:* Antal personer nyinsatta på astmakombinationspreparat som ej tidigare sedan 24 månader stått på något astmaläkemedel.

*Nämnare:* Antal personer 25–44 år nyinsatta på astmakombinationspreparat som ej tidigare sedan 24 månader stått på astmakombinationspreparat.

### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 38 Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling

---

### Mått

Andel individer med nyinsatt behandling med blodtryckssänkande läkemedel och som kvarstår på behandling upp till 18 månader.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter nyinsatt läkemedelsbehandling. Följsamhet till läkemedelsbehandling kan belysa kvaliteten i primärvård, specialiserad öppenvård och apoteksverksamhet samt i samspelet dem emellan.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Indikatorn mäter patienter med nyinsatt blodtrycksmedicin under en ettårsperiod. Med nyinsatt medicin menas att patienten inte köpt ut blodtryckssänkande medicin på minst 2,5 år före uttaget. Varje patients utköp studeras sedan 12–18 månader efter första utköpsdatum. Patienternas utköpsföljsamhet analyserades för något blodtryckssänkande medel oavsett om byte av läkemedel skett under perioden.

Läkemedel	ATC-kod
Diuretika	C03
Betablockerare	C07
kalciumentagonister	C08
ACE-hämmare och ARB	C09

Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid förstagångsköpet.

*Täljare:* Antal individer 50–79 år som påbörjat utköp av blodtryckssänkande läkemedel och som fortsätter att köpa ut blodtrycksmedicin på apotek 12–18 månader efter första köp.

*Nämnare:* Samtliga individer 50–79 år med nyinsatt blodtryckssänkande behandling.

#### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende eller på sjukhus, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

## GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

### 39 Tobaksvanor under graviditet

#### Mått

Andel kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32.

#### Beskrivning och syfte

Gravida kvinnors tobaksvanor tre månader före aktuell graviditet och i tidig graviditet registreras vid inskrivning till mödrahälsovård som oftast sker i graviditetsvecka 8–12. Gravida kvinnors tobaksvanor registreras även sent i graviditeten i graviditetsvecka 30–32.

Indikatorn visar hur stor andel gravida kvinnor rökte eller snusade vid inskrivning men hade slutat sent i graviditeten samt andelen gravida kvinnor som antingen rökte eller snusade sent i graviditet.

Vid bortfall av tobaksvanor sent i graviditeten antar vi att de gravida kvinnorna inte använde tobak om de inte hade rökt eller snusat tre månader före aktuell graviditet och vid inskrivning.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

*Täljare:* Antal gravida kvinnor som rökte och/eller snusade vid graviditetsvecka 30–32.

*Nämnare:* Samtliga gravida kvinnor vid graviditetsvecka 30–32.

#### Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år. Bortfallet för mödrahälsovårdsjournalerna, där bl.a. tobaksvanor samlas in, är något större (cirka 7 %) men bortfall för den studerande perioden, 2007–2008 ligger på drygt 5% vilket påverkar indikatorn genom att endast kvinnor som har kompletta uppgifter på tobaksanvändning.



## 40 Screening för riskbruk av alkohol under graviditet

---

### Mått

Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol under graviditet. Procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att visa andel kvinnor som screenats med AUDIT-formulär i samband med graviditet (AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test). Indikatorn är viktig att mäta eftersom alkohol under graviditet kan skada fostret.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal kvinnor som screenats med AUDIT-formulär vid inskrivningssamtalet.

*Nämnare:* Antal kvinnor som har ett inskrivningsbesök registrerat under 2010.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Mödrahjälsregistret.

### Felkällor

Uppsala använder inte AUDIT-formuläret. Uppsala och Malmö i region Skåne deltog ej i MHV-registret 2010. Sörmland och Dalarna hade mycket låg täckningsgrad och redovisas därför inte.

## 41 Tidiga aborter

---

### Mått

Andelen aborter före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor med fördelning på medicinska och kirurgiskt utförda aborter.

### Beskrivning och syfte

Avidentifierade uppgifter om utförda aborter inrapporteras till Socialstyrelsen från främst kvinnokliniker och gynekologiska avdelningar på sjukhus. Socialstyrelsens abortstatistik innehåller samtliga legala aborter som genomförts i Sverige sedan 1975.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Medicinsk abort innebär att graviditeten avbryts genom läkemedelsbehandling i två omgångar med 2–3 dygns intervall. Kirurgisk abort innebär att graviditeten avbryts genom instrumentell utrymning av livmodern. Med tidig abort avses aborter utförda före den 9:e fullgångna graviditetsveckan, dvs före vecka 9+0.

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting.

Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån kvinnornas hemort.

*Täljare:* Antal aborter före den 9:e fullgångna graviditetsveckan. Uppdelat på medicinska respektive kirurgiska aborter.

*Nämnare:* Totala antalet aborter.

### Datakälla

Abortstatistik, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en god kvalitet.

## 42 Dödfödda barn

---

### Mått

Antal dödfödda per 1 000 födda barn.

### Beskrivning och syfte

Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan. Från och med den 1:a juli 2008 har gränsen ändrats så att barn födda efter 22:a graviditetsveckan inkluderas. Men eftersom våra siffror ännu endast inkluderar årgångar upp till 2007 behålls den tidigare definitionen. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlossning.

Antal dödfödda har beräknats per 1 000 födda i respektive landsting.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Uppgifter om dödfödda barn inrapporteras årligen av sjukhusen till Socialstyrelsen.

*Täljare:* Antal dödfödda barn.

*Nämnare:* Samtliga födda barn.

### Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

## 43 Neonatal dödlighet

---

### Mått

Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn.

### Beskrivning och syfte

Med neonatal dödlighet avses antalet barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen.

Antal döda inom 28 dygn har beräknats per 1 000 levande födda i respektive landsting.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

*Täljare:* Antal neonatal döda.

*Nämnare:* Antal levande födda.

### Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

## 44 Infektioner hos barn i neonatalvård

---

### Mått

Andel barn med vårdrelaterade infektioner bland barn intagna för neonatalvård, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel barn med vårdrelaterade infektioner, av alla som vårdas på neonatalavdelning. Eftersom infektioner kan hos nyfödda barn snabbt leda till livshotande tillstånd är indikatorn av vikt att följa.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Barn med infektion som debuterat vid  $\geq 3$  dygns ålder per 100 av de barn som skrivits in 0–48 timmar efter födelsen.

*Nämnare:* Barn som skrivits in på neonatalavdelning 0–48 timmar efter födelsen.

Infektion innebär påvisande av bakterier i blodbanan. Inkluderar levande och avlidna. Data redovisas per moderns hemlän.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: PNQn – Perinatalt Kvalitetsregister Neonatal.

### Felkällor

Uppgift saknas från Skåne, Blekinge, Kronoberg, Halland. Låg andel barn med infektioner gör att statistiska osäkerheten är stor. Bortfall av uppgifter kan påverka resultatet.

## 45 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

---

### Mått

Andel nyfödda med låg Apgar-poäng vid fem minuter.

### Beskrivning och syfte

Apgar-poängsystemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen.

Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet där högsta poäng är 10. Låg Apgar-poäng definieras som under sju poäng vid mätningar fem minuter efter födelsen.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

*Täljare:* Antal barn med låg Apgar-poäng fem minuter efter födelsen.

*Nämnare:* Totalt antal levande födda barn.

### Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

## 46 Bristningar vid förlossning

---

### Mått

Andelen perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar.

### Beskrivning och syfte

Perinealbristning är under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Bristningarna kategoriseras efter hur stor skada som skett, i en skala där graden tre och fyra utgör de mera omfattande bristningarna. Instrumentell förlossning innebär att barnet förlöses antingen med en sugklocka (vakuumextraktion, VE) eller med hjälp av en tång.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting och mellan tidsperioder. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

*Täljare:* Antalet perinealbristningar av graden tre eller fyra vid vaginal förlossning uppdelad på instrumentella respektive icke-instrumentella förlossningar.

*Nämnare:* Totala antalet vaginala förlossningar.

### Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

## 47 Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet

---

### Mått

Andel kejsarsnitt bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet.

### Beskrivning och syfte

Andelen kejsarsnitt bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet. Gruppen har definierats enligt följande: Modern är förstföderskor i åldern 20–34 år med BMI < 30. Modern varken röker eller snusar, är sammanboende med barnafadern och har inga allvarliga sjukdomar såsom diabetes, SLE, epilepsi, njursjukdomar, ulcerös colit/Mb Crohn eller kronisk hypertoni. Inga allvarliga graviditetskomplikationer såsom preeklampsi, graviditetsdiabetes, placenta praevia, sätesförlossning eller andra bjudningar som kan medföra problem vid vaginal förlossning. Graviditetslängden är 37–41 veckor, barnets vikt 2 500–4 499 gram, enkelbördsförlossning och förlossningen startade inte med induktion.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta förstföderskor under perioden och som var i åldern 20–34 år och där förlossningen var en enkelbördsförlossning, som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

*Täljare:* Antal förstföderskor i åldern 20–34 år utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet som under en 5-årsperiod förlöstes med kejsarsnitt.

*Nämnare:* Totalt antal kvinnor i åldern 20–34 år som under perioden födde barn med förlossning utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet.

#### Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. Bortfallet för mödrahälsovårdsjournalerna, där bl.a. moderns familjesituation och tobaksvanor samlas in, är något större (cirka 7 %) vilket påverkar indikatorn genom att endast kvinnor som har kompletta uppgifter på tobaksanvändning och familjesituation inkluderas.

## 48 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

---

#### Mått

Kostnad per vårdtillfälle för förlossning inklusive kejsarsnitt, DRG 370–373.

#### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

*Täljare:* Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 370–373

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen för DRG 370–373.

#### Teknisk beskrivning

Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
370	Kejsarsnitt, komplicerat
371	Kejsarsnitt, utan komplikation
372	Vaginal förlossning, komplicerat
373	Vaginal förlossning, utan komplikation

#### Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## KVINNOSJUKVÅRD

## 49 Önskad händelser efter borttagande av livmoder

---

#### Mått

Önskad händelser efter hysterektomi.

#### Beskrivning och syfte

För jämförbarhetens skull följer indikatorns definition så långt möjligt en kanadensisk förlaga (CIHI). För exklusionskriterierna rörande graviditet och förlossning samt obstetriska åtgärder har dessa vidgats något och omfattar här hela kapiteln för dessa diagnoser och åtgärder. Både listan på relevanta komplikationer och exklusionskriterierna kan komma att förändras för att anpassas till svenska förhållanden.

Kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation ingår. Patienterna följs upp med avseende återinskrivning för någon av de specificerade komplikationerna.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års kvinnor med genomgången hysterektomi som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Tidsperiod för mätning av komplikation	Huvuddiagnos, Diagnoskod ICD-10
Inom 28 dagar	D62, K560, K567, I978, I979, J954, J958, J959, T814
Inom 7 dagar	N390, R33, R3912

<b>Inklusion:</b>	<b>Åtgärdskod (KKÅ)</b>
Hysterektomi	LCD
<b>Exklusioner:</b>	<b>Åtgärdskod (KKÅ)</b>
Obstetrik	M
<b>Exklusioner:</b>	<b>Huvuddiagnos</b>
Graviditet och förlossning	O
Cancer	C, Z510, Z511
HIV	B24, Z21, R75
<b>Exklusioner:</b>	<b>Skadediagnos, yttre orsak</b>
Skador	V01–V99, W00–W23, W25–W27, W30–W31, W33–W40, W44–W45, W50–W60, W64–W77, W81–W84, W85–W99, X00–X31, X33–X38, X51, X53, X54, X57, X60–X99, Y00–Y09, Y350–Y354, Y356, Y357, Y36

*Täljare:* Kvinnor som genomgått hysterektomi enligt nämnarens kriterier och som inom 7 respektive 28 dagar återinskrivs med någon av följande huvuddiagnoser.

*Nämnare:* Samtliga kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation enligt nedanstående kriterier och som lever 28 dagar efter hysterektomin.

#### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

De komplikationer som upptäcks och behandlas redan under det primära vårdtillfället kommer inte med som oönskade händelser. Vidare kan diagnossättningen variera mellan vårdgivare.

## 50 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

#### Mått

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och helt utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn speglar förekomsten av oväntade händelser och besvär, som lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information efter bortoperation av livmoder (hysterektomi). Indikatorn är påverkbar med information och av det totala omhändertagandet. Den baserar sig inte på sjukvårdens bedömning, utan på patientens värdering av huruvida komplikation inträffat eller brister i information förekommit.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som uppgett avsaknad av komplikation eller oväntade besvär samt de som uppgett lindriga besvär men som ej föranlett vårdkontakt.

*Nämnare:* Totalt antal patienter som hysterektomerats p.g.a. godartade symtomgivande besvär.

Mätperiod: 2010, avser operationsår.

Mätmetod: Enkät skickas ut till patienterna två månader efter operationen.

Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop.

### Felkällor

Svarsfrekvensen var totalt 95 % men med variationer mellan klinikerna.

## 51 Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder

---

### Mått

Andel kvinnor som uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet efter hysterektomi (bortoperation av livmoder), procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter som 1 år efter att livmodern avlägsnats är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet. I en enkät före operationen anger i stort sett samtliga patienter att de förväntar sig att bli helt av med sina besvär efter operationen. Således mycket höga förväntningar på operationen.

### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter av de definierade i nämnaren som angivit sig vara mycket nöjda eller nöjda med resultatet 1 år efter operationen.

*Nämnare:* Samtliga patienter som genomgått hysterektomi på benigna indikationer och som svarat på 1-årsuppföljningen under 2010 dvs blivit opererade under 2009.

Mätmetod: Enkät skickas ut till patienterna 1 år efter operationen. Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop.

### Felkällor

Cirka 95 % av alla hysterektomier är registrerade i Gynopregistret vid de flesta deltagande kliniker. Enstaka kliniker har klart bristande rutiner för inkludering, tex Malmö, vilket tydligt ses i antalet registrerade operationer. Av landets kliniker deltar 77 % och drygt 80 % av befolkningen. I praktiken är det Stockholmsområdet som inte deltar. Det finns inga egentliga misstankar att Stockholmsbefolkningen skiljer sig från landet i övrigt.

## 52 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

---

### Mått

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och helt utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn speglar förekomsten av oväntade händelser och besvär, som lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information. Indikatorn är påverkbar med information och av det

totala omhändertagandet. Den baserar sig inte på sjukvårdens bedömning, utan på patientens värdering av huruvida komplikation inträffat eller brister i information förekommit.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som uppgett avsaknad av komplikation eller oväntade besvär samt de som uppgett lindriga besvär men som ej föranlett vårdkontakt.

*Nämnare:* Totalt antal patienter som opererats för livmoderframfall.

Mätperiod: år 2010, vilket avser operationsår.

Mätmetod: Enkät, som skickas till patienten åtta veckor efter operationen.

Data för landsting redovisas på klinikens lokalisering/geografiska placering.

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop.

#### Felkällor

Svarsfrekvensen på komplikationsfrågan var totalt endast 65% med stor variation mellan klinikerna (15–50 %).

## 53 Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation

---

#### Mått

Andel kvinnor som anger att det aldrig eller nästan aldrig buktar ut något i slidan efter framfallsoperation, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta förekomsten av det enda framfallsspecifika symtomet – patientens känsla av att något buktar ut i slidan – efter framfallsoperation.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som ett år efter operation "aldrig" eller "nästan aldrig" upplever något buktar ut ur slidan.

*Nämnare:* Antal patienter som opererats för framfall under år 2009.

Mätperiod: år 2009, avser operationsår.

Mätmetod: Alla patienter opererade för prolaps frågas 1 år efter operationen (via enkät som skickas ut) om dom har en känsla av att något buktar ut ur slidan (5 svarsalternativ: aldrig / nästan aldrig / 1–3 ggr per månad / 1–3 ggr per vecka / dagligen)

Data för landsting redovisas på klinikens lokalisering/geografiska placering.

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop.

#### Felkällor

Svarsfrekvens: 83 % av dom opererade patienterna har besvarat enkäten.

## 54 Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation

---

#### Mått

Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter inkontinensoperation, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök två månader efter operationen.



Troligen spelar information om det normala förloppet efter operationen stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom och indikatorn kan därigenom påverkas.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som postoperativt inte haft oförväntade besvär/komplikation som föranlett sjukvårdsbesök. Enkelt uttryckt komplikationsfria.

*Nämnare:* Antalet opererade med någon typ av inkontinensoperation under 2010.

Mätperiod: år 2010, avser operationsår.

Mätmetod: Enkät som skickas till patienten två månader efter operation.

Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop.

#### Felkällor

Svarsfrekvens: 91 %.

## 55 Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation

---

#### Mått

Andel kvinnor som anger att de är kontinenta efter inkontinensoperation, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att spegla patientens bedömning av operationens resultat efter 1 år.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antalet patienter kontinenta ett år efter operation – patientrapporterat.

*Nämnare:* Antalet inkontinensopererade med egenupplevt läckage.

Kontinens definieras enligt internationella kriterier (International Continence Society, ICS) som ofrivilligt urinläckage < 1 gång/månad.

Mätperiod: år 2009, avser operationsår.

Mätmetod: Enkät som skickas till patienten 1 år efter operation.

Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop.

#### Felkällor

Svarsfrekvens: 90 %.

## 56 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

---

#### Mått

Andel operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi

#### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av livmoderframfall.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Måttet baseras på antalet operationer och är nödvändigtvis inte likställt med antal personer som opererats.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10	Åtgärdskod
Livmoderframfall	N81.1–N81.6, N81.9, N88.4, N99.3	LEF

Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion).

*Täljare:* Antal operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi.

*Nämnare:* Totala antalet utförda operationer av livmoderframfall d.v.s. även operationer utförda inom slutenvården.

#### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer inom öppenvård.

## 57 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder

---

#### Mått

Kostnad per vårdtillfälle för hysterektomi. Vårdtillfällen med åtgärdskod LCD – operationer med avlägsnande av uterus, exklusive vårdtillfällen med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

#### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen med åtgärdskod LCD operationer med avlägsnande av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen med åtgärdskod LCD operationer med avlägsnande av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

#### Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbildningen. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

## 58 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation

---

#### Mått

Estimerad andel knäproteser som inte omopereras inom 10 år, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen knäproteser som inte revideras (omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut) inom 10 år.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Ingen standardisering utom selektionen av totala knäproteser insatta för artros.

*Täljare:* Antal förstagångsrevisioner.

*Nämnare:* Antal primära knäproteser.

Alla primära knäproteser insatta för artros ingår. Överlevnad beräknas i månadsintervaller.

Konfidensintervall beräknas genom användande av Wilsons kvadratiska ekvation där den effektiva urvalsstorleken estimerats enligt Greenwood och Peto. (Dorey F, Nasser S, Amstutz H. The need for confidence intervals in the presentation of orthopaedic data. *J Bone Joint Surg [Am]* 1993; 75-A: 1844–52)

Mätperiod: 2000–2009

Sjukhuset där primäroperationen utförts bestämmer landstingstillhörigheten.

### Datakällor

Svenska Knäprotesregistret.

### Felkällor

Täckningsgrad: 100 %. Bortfall beräknas cirka 3 %

Sammanställningen baseras på deskriptiva uppgifter som inte tar hänsyn till variation i ålder och varierande patientantal. Tolkningsproblem relaterade till denna förenkling har tidigare diskuterats allmänt i anslutning till geografiska jämförelser och har presenterats i en artikel från registret: Robertsson O, Ranstam J, Lidgren L. Variation in outcome and issues in ranking hospitals. *Acta Orthop*. 2006 Jun; 77(3): 487–93.

## 59 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation

---

### Mått

Estimerad andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta hur länge den totala höftprotesen "överlever" efter operation, med så kallad Kaplan-Meier statistik. Detta kvalitetsmått är internationell standard vid alla jämförelseanalyser inom området.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Kaplan-Meier metoden har använts för beräkning av "protesöverlevnad", i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Definitionen på misslyckande avser en omoperation där en proteskomponent eller hela protesens bytts ut och/eller att protesens tas bort.

Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation.

Mätperiod: 2001–2010, avser operationsår.

Samtliga berörda kliniker i Sverige rapporterar uppgifter avseende primära, totala höftproteser till Svenska Höftprotesregistret.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

#### Datakälla

Svenska Höftprotesregistret.

#### Felkällor

Täckningsgraden för denna variabel är mycket god, 98 %. Olikartad ålderssammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

## 60 Omoperation efter total höftprotesoperation

---

#### Mått

Andelen omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att spegla andelen totala höftoperationer som inom 2 år omopereras vilket är en "snabbare" indikator än implantatöverlevnaden (indikator 59).

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen oavsett vilken orsaken till omoperation är. Avser all form av ytterligare kirurgi (vidare begrepp än revision) efter indexoperationen.

*Nämnamnare:* Samtliga operationer av totala höftproteser som registrerats i Svenska Höftprotesregistret under perioden 2007–2010.

Enbart komplikationer som behandlas kirurgiskt ingår (de som omopereras). Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiska behandlingar av luxationer (urledvridningar) ingår därmed ej. Flera omoperationer på grund av samma orsak räknas som en omoperation. Vid omoperation vid annan klinik/landsting förs omoperationen till primärklinik/-landstinget.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

#### Datakälla

Svenska Höftprotesregistret.

#### Felkällor

Täckningsgraden för denna variabel är mycket god. Olikartad ålderssammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

## 61 Önskad händelser efter knä- och höftprotesoperation

---

#### Mått

Önskad händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotesoperation.

#### Beskrivning och syfte

Samtliga patienter, som är registrerade i patientregistret och genomgått en knä- eller total höftprotesoperation ingår. Patienterna följs upp med avseende på död, kirurgiska knä- och höftprotespecifika komplikationer, återinskrivning för hjärt-kärlsjukdom (hjärtsjukdomar, stroke, tromboemboliska) pneumoni, eller urinstämma.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

	<b>Åtgärdskod</b>
<b>Operationer</b>	NGB09, NGB19, NGB29, NGB39, NGB49, NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99 saknas.
<b>Oönskade händelser</b>	<b>Diagnoskod ICD-10</b>
Komplikationer till kirurgiska behandlingar samt knä- och höftprotesspecifika komplikationskoder, huvud- eller bidiagnos	T810, T813, T814, L899, T840, T845, S730, T933, T814, T845, I803, I269, M243, M244, T840, T845, T840, T814, I803, I269, Y845
Hjärt-kärl, pneumoni, urinstämma, huvuddiagnos	I, J819, J15, J18, J13, R33
Död	Alla orsaker

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års knä- och höftprotesopererade som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

*Täljare:* Patienter som fått knä- eller höftprotes och drabbas av en oönskad händelse inom 30 dagar efter utskrivning.

*Nämnare:* Samtliga patienter som fått knä- eller höftprotes.

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

De komplikationer som upptäcks och behandlas redan under det primära vårdtillfället kommer inte med som oönskade händelser.

## 62 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

### Mått

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation.

### Beskrivning och syfte

Måttet anger patienternas uppskattning av sin hälsorelaterade livskvalitet enligt EQ-5D ett år efter total höftprotesoperation, jämfört med den hälsorelaterade livskvaliteten före operationen – en patientrapporterad hälsovinst erhålls.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Höftprotesregistret följer upp patientrapporterade resultat av operationer. Alla patienter besvarar ett preoperativt formulär med tio frågor. Skattning av hälsorelaterad livskvalitet sker med hjälp av instrumentet EQ-5D. EQ-5D hälsoindex är ett viktat totalvärde för hälsorelaterad livskvalitet (5 frågor) med lägsta värde på -0,594 och bästa på 1,0. Samma formulär som användes före operationen sänds med en kompletterande fråga om tillfredsställelse till patienten ett år efter operationen.

Differensen mellan värdena för de båda mättillfällena återges som förbättring enligt EQ 5D-index, således den ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten som uppmättes ett år efter operation.

Mätperiod:2008–2009, avser operationsår.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

### Datakälla

Svenska Höftprotesregistret.

### Felkällor

Variation i patientmix (patienter med olika sjukdomsgrad, andra sjukdomar etc) kan påverka utfallet. Registret registrerar individbaserade demografiska variabler (case mix). Dessa variabler redovisas i registrets årsrapport per klinik. Vid en djupanalys för jämförelser av olika utfall för EQ 5D-index bör dessa variabler alltid anges och beaktas. Svarsfrekvensen är drygt 90 %.

## 63 Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation

---

### Mått

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta hur nöjda patienterna är med operationsresultatet ett år efter total höftprotesoperation. Orsaken till att en komplikationsfri patient inte är nöjd ett år efter operationen är säkerligen multifaktoriell, där flera olika faktorer samspelar såsom tveksam indikation för kirurgi, andra sjukdomar, socioekonomiska bakgrundsvariabler; födelseland och med detta sammanhängande språksvårigheter, bristande information om förväntat resultat och rehabiliteringslängd samt oralistiskt höga förväntningar på slutresultatet.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

I Svenska Höftprotesregistrets rutin med patientrapporterat utfall ingår en fråga om patienttillfredsställelse, vid uppföljningarna 1, 6 och 10 år efter operationen. Frågan kan betraktas som en sjukdomsspecifik utfallsfråga då patienten på en skala, VAS, skall ange hur nöjda de är med operationsresultatet ett år efter operation. VAS går från 0 (nöjd) till 100 (missnöjd). Värden mellan 40 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Indikatorn visar andelen patienter som angivit värden på 0 till 39.

Mätperiod: 2008–2009, avser operationsår.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

### Datakälla

Svenska Höftprotesregistret.

### Felkällor

Svartsfrekvensen är drygt 90 %.

## 64 Väntetid inför höftfrakturoperation

---

### Mått

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, mätt i timmar.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta handläggningstiden på akutsjukhuset från ankomst tills dess höftfrakturpatienten blir opererad. Det vill säga hur lång tid i timmar det tar från det att patienten ankommer till sjukhuset till dess att operation startar. I måttet redovisas den genomsnittliga väntetiden per landsting för alla höftfrakturpatienter.

Väntan på operation är ansträngande såväl fysiskt som psykiskt för patienten och vårdtiden förlängs. Dessutom ökar komplikationer med förlängd väntetid.

Väntetiden till operation är därför är en viktig processindikator, som är beroende på resursinsats och attityd. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är också ett internationellt vanligt förekommande kvalitetsmått. Det finns en metaanalys om detta.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgift om medelväntetid till operation är baserad på klockslag i timmar för ankomst respektive operation.

Mätperiod: 2010

Patienterna hänförs till den klinik där de akutoopereras. Höftfrakturpatienterna är åldriga och har liten förflyttning inom landet.

Redovisningen avser patienter 50 år och äldre med exkluderande av frakturer betingade av metastas och annan patologisk benförändring. Omfattar 96 % av alla höftfraktur patienter.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: RIKSHÖFT – Svenska Höftfrakturregistret.

### Felkällor

Täckningsgrad cirka 79 %. Vid mätperioden saknades data från ett sjukhus vilket är ensamt om höftfrakturoperationer i sitt landsting.

## 65 Protesoperation vid höftfraktur

---

### Mått

Andel protesopererade patienter 65 år och äldre vid cervikal höftfraktur.

### Beskrivning och syfte

Förstagångsfall av cervikal höftfraktur (brott på lårbenshalsen) där frakturen var huvuddiagnos och patienten var 65 år eller äldre ingår i beräkningarna. Bland dessa ingår i analysen de som opererats med halv- eller total höftprotes eller behandlats med traditionell osteosyntes.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.

<b>Diagnos</b>	<b>Diagnoskod ICD-10</b>
	S720 (Icd9: 820A, 820B, 820W, 820X)
<b>Operationer</b>	<b>Åtgärdskod</b>
	Primära ledprotesoperationer: NFB, Osteosyntes eller annan operation vid fraktur på femur: NFJ39–NFJ99

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års höftfrakturpatienter som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

*Täljare:* Förstagångsfall av cervikal höftfraktur i åldrarna 65 år eller äldre som åtgärdades med ledprotes.

*Nämnare:* Samtliga förstagångsfall av cervikal höftfraktur i åldrarna 65 år eller över som åtgärdades med ledprotes eller osteosyntes.

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Möjliga skillnader i kodningspraxis mellan landstingen.

## 66 Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation

---

### Mått

Estimerad andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta hur länge halvprotesen "överlever" efter operation, med så kallad Kaplan-Meier statistik.

Patientgruppen skiljer sig avsevärt mot den som opereras med total höftprotes, då halvprotesen vanligen opereras in hos höftfrakturpatienter där medelåldern är 85 år (för totalprotes är medelåldern 68 år), avsevärt större sjuklighet och högre 1-års mortalitet.

Implantatöverlevnad beräknas därför för denna patientgrupp redan efter ett år.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Kaplan-Meier metoden har används för beräkning av "protesöverlevnad", i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Definitionen på misslyckande avser en omoperation där en proteskomponent eller hela protesens bytts ut och/eller att protesens tas bort.

Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation.

Mätperiod: 2008–2010

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

### Datakälla

Svenska Höftprotesregistret.

### Felkällor

Täckningsgrad: 96 %.

## 67 Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur

---

### Mått

Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation av höftfraktur, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation av höftfraktur. Indikatorn är viktig att följa eftersom den speglar om patienten återfått sin tidigare funktionsnivå, vilket är huvudmålet efter höftfrakturoperation (efter 4 månader har funktionsnivå väsentligen stabiliserats).

Indikatorn speglar samtliga delar av behandlingskedjan: det akuta akutomhändertagandet med operation, gångmobilisering på vårdavdelningen och den fortsatta rehabiliteringen.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter återgår till ursprungsboende inom 4 månader.

*Nämnare:* Antal patienter 50 år och äldre som opereras och blir uppföljda efter 4 månader.

Mätperiod: 2010

Populationen består av patienter 50 år och äldre med icke patologisk höftfraktur som opereras. Patienter som avled på sjukhus eller inom fyra-månadersperioden är exkluderade.



### Datakällor

Nationellt kvalitetsregister: RIKSHÖFT – Svenska Höftfrakturregistret.

### Felkällor

Täckningsgrad: 79 % för registret, varav det saknades uppgift om boende vid 4-månadersuppföljningen för hälften.

## 68 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

---

### Mått

Andel kvinnor 50 år och äldre med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling 6–12 månader efter fraktur.

### Beskrivning och syfte

Kvinnor i åldrarna 50 år och över som slutenvårdats med huvuddiagnos för fraktur i höft, knä, ländkotpelare, bäcken, bröstkotpelare, handled eller axel följdes upp med avseende på osteoporosförebyggande läkemedel under perioden 6–12 månader efter sjukhusvård. Endast patientens första vårdtillfälle sedan 1998 med någon av diagnoserna ingå i beräkningarna.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
	S321–S328, S525, S526, S422, S423, S22, S720–S724, S821
Läkemedel	ATC-kod
	M05BA, M05BB, G03CX01, G03XC01, G03F, G03CA03, exklusive lokalt verkande hormonpreparat.

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års kvinnliga frakturpatienter som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

*Täljare:* Kvinnor 50 år och över som för första gången slutenvårdats för ovanstående diagnoser och som fick osteoporosförebyggande läkemedel räknas någon gång under perioden 6–12 månader efter slutenvård.

*Nämnare:* Kvinnor 50 år och över som för första gången vårdats inom slutenvården för ovanstående diagnoser.

### Datakälla

Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Slutenvård kan användas i olika utsträckning i de olika landstingen för denna typ av diagnoser.

## 69 Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenos

---

### Mått

Patientrapporterad förbättring 1 år efter operation av spinal stenos, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel patienter som anger att bensmärtan är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenos i ländryggen, vilket är viktigt att följa eftersom smärtlindring är en målsättning med operationen.

Mätetalet (procent) anger den andel av alla opererade patienter, som skattar sin benskärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre" vid 1-årsuppföljningen och är ett bra mått på patient-upplevt resultat av operationen.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal fall som skattar sin benskärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre".

*Nämnare:* Antal patienter som besvarat frågan.

Mätperiod: Patienterna är opererade under 2008 och 2009 och 1-årsuppföljda tom 2010.

Alla patienter i diagnosgruppen spinal stenosis ingår.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SWESPINE – Svenska ryggregistret.

#### Felkällor

37 av 40 kliniker registrerar. Ca 25 % bortfall vid 1-årsuppföljning. Inga tolkningsproblem.

Liksom för alla enkäter finns en möjlighet att patienten fyller i fel. Risken för detta bedöms inte vara större med denna variabel, än med någon annan.

## 70 Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbräck

---

### Mått

Patientrapporterad förbättring 1 år efter operation av diskbräck, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel patienter som anger att benskärtan är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbräck i ländryggen, vilket är viktigt att följa eftersom smärtlindring är en målsättning med operationen.

Mätetalet (procent) anger den andel av alla opererade patienter, som skattar sin benskärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre" vid 1-årsuppföljningen och är ett bra mått på patient-upplevt resultat av operationen.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal fall som skattar sin benskärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre".

*Nämnare:* Antal patienter som besvarat frågan.

Mätperiod: Patienterna är opererade under 2008 och 2009 och 1-årsuppföljda tom 2010.

Alla patienter i diagnosgruppen diskbräck ingår.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SWESPINE – Svenska ryggregistret.

#### Felkällor

37 av 40 kliniker registrerar. Cirka 25 % bortfall vid 1-årsuppföljning. Inga tolkningsproblem.

Liksom för alla enkäter finns en möjlighet att patienten fyller i fel. Risken för detta bedöms inte vara större med denna variabel, än med någon annan.

## 71 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada

---

### Mått

Antalet artroskopier med huvuddiagnos knäartros eller vissa andra sjukliga förändringar i knäled per 100 000 invånare.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar antalet explorativa artroskopier med operationskoder: NGA01, NGA11, NGD01, NGD11 och NGF31. Åtskilliga anledningar kan leda till artroskopi varför i detta avseende har de som har haft huvuddiagnosen M17 (knäartros) och M23 (meniskskador) valts. Uppgifter om artroskopier via öppenvård och slutenvård och antalet åtgärder har tagits från Patientregistret (PAR). Siffrorna är per 100 000 invånare i åldrarna 40 och äldre.

### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet operationer har hämtats från Patientregistret samt Öppenvårdregistret genom följande operationskoder:

Kod	Definition
NGA01	Artroskopisk eller endoskopisk exploration av mjukdelar i knä eller underben
NGA11	Artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled
NGD01	Artroskopisk eller endoskopisk total excision av menisk i knäled
NGD11	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av menisk i knäled
NGF31	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision ledbrosk i knäled

Dessa patienter har haft följande huvuddiagnoser:

Patientregister	Diagnoskod ICD-10	Ålder
Knäartros	M17	40 år och äldre
Sjukliga förändringar i knäled	M23	"

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade antal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet fall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

### Datakälla

Patientregistret Socialstyrelsen.

### Felkällor

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser och registrera åtgärds-koder kan variera mellan landstingen. Små landsting tenderar också att få instabilare värden. Privata vårdgivare underrapporterar till PAR.

## 72 Utbytesoperation efter korsbandsoperation

### Mått

Andelen utbytesoperationer efter främre korsbandsoperation, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta utfallet av främre korsbandsoperation. Utbytesoperation (revision) innebär att den primära operationen inte nått önskat resultat, vilket kan bero på undermålig kirurgisk teknik, dåliga läkningsförhållanden eller ett nytt olycksfall som gett ny skada.

Här presenteras de patienter som blivit föremål för revisionsoperation. Det finns många patienter med reruptur (ny korsbandsskada) som inte valt/erbjudits revisionsoperation.

En förklaring till varierande revisionsfrekvenser kan vara indikationsbedömningen.

### Typ av indikator

Strukturindikator      Processindikator      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal som reviderats efter en primär korsbandsoperation under mätperioden.

*Nämnare:* Antal primära operationer under perioden mätperioden.

Alla patienter som registrerats i Svenska Korsbandsregistret ingår. Inga selekteringar har utförts.

Mätperiod: 2005–2010

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenska korsbandsregistret.

### Felkällor

Täckningsgrad: Enligt uppgift från registret registreras cirka 90 % av samtliga korsbandsoperationer.

## 73 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

---

### Mått

Andel patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med kronisk ledgångsreumatism, reumatoid artrit (RA), som behandlas med biologiskt läkemedel. Med biologiska läkemedel avses TNFalfa-hämmare.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Andel patienter med reumatoid Artrit M05.9 + M06.0 som 2010-01-01 behandlades med biologiska läkemedel.

*Täljare:* Antal BIObehandlade RA-patienter.

*Nämnare:* Totalt antal RA-patienter.

Ålder  $\geq$  18 år.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort. Befolkningsunderlag från SCB.

### Datakälla

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

### Felkällor

Täckningsgrad: cirka 87 % (av de som fick biologiska läkemedel enligt jämförelse med Läkemedelsregistret 2006–2008).

## 74 Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel

---

### Mått

Förbättring av sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, procent.

### Beskrivning och syfte

Effekt mäts som procentuell förändring av DAS28, Disease Activity Score, där fyra variabler ingår: andelen svullna respektive ömma indexleder, sänka och patientupplevd hälsa. DAS28 är internationellt överenskommet och används vid kliniska prövningar för uppföljning av sjukdomsaktivitet i klinisk praktik.

Sjukdomsaktiviteten mäts vid besöket hos specialist där det konstateras att tidigare provad behandling varit otillräcklig och biologisk behandling sätts in. Detta jämförs sedan med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter initialt besök). Förbättringen uttrycks i procent.

**Typ av indikator**  
Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

**Teknisk beskrivning**

*Täljare:* Differens mellan DAS28 vid BIObehandlingsstart och median DAS28 4–12 månader efter.

*Nämnare:* DAS28 vid BIObehandlingsstart.

Mätperiod: 2008–2010

**Datakälla**

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

**Felkällor**

Täckningsgrad: cirka 87 % (av de som fick biologiska läkemedel enligt jämförelse med Läkemedelsregistret 2006–2008).

## 75 Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel

---

**Mått**

Patientrapporterad förbättring av hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, procent.

**Beskrivning och syfte**

Indikatorn avser att mäta den förbättring som patienten upplever i sin hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel och som mäts med en visuell analog skala (VAS)

**Typ av indikator**

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

**Teknisk beskrivning**

*Täljare:* Differens mellan VAS vid BIObehandlingsstart och median VAS 4–12 månader därefter.

*Nämnare:* VAS vid BIObehandlingsstart.

Mätperiod: 2008–2010

**Datakälla**

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

**Felkällor**

Täckningsgrad: cirka 87 % (av de som fick biologiska läkemedel enligt jämförelse med Läkemedelsregistret 2006–2008).

## 76 Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation

---

**Mått**

Kostnad per vårdtillfälle för total höftprotesoperation. DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

**Beskrivning och syfte**

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

**Teknisk beskrivning**

*Täljare:* Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
209A	Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet

Åtgärd	Åtgärdstext
NFB29	Primär total höftledsplastik utan cement
NFB39	Primär total höftledsplastik med hybridteknik
NFB49	Primär total höftledsplastik med cement
NFB62	Primär total höftledsplastik med ytersättningsprotes
NFB99	Annan primär ledprotesoperation i höftled

#### Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## 77 Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation

---

#### Mått

Kostnad per vårdtillfälle. DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.

#### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
209A	Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet

Åtgärd	Åtgärdstext
NGB29	Primär totalprotes i knäled utan cement
NGB39	Primär totalprotes i knäled med hybridteknik
NGB49	Primär totalprotes i knäled med cement

#### Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

#### Felkällor

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## DIABETESVÅRD

### 78 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård

---

#### Mått

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol), procent.

#### Beskrivning och syfte

HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA1c är lägre än 52 mmol/mol enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras. I måttet ingår patienter yngre än 80 år.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med diabetes, yngre än 80 år inom primärvården med HbA1c lägre än 52 mmol/mol.

*Nämnare:* Totalt antal patienter med diabetes, yngre än 80 år inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.

Mätperiod: 2010. Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Extradata A: Medelvärde HbA1C. Extradata B: Täckningsgrad.

#### Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

#### Felkällor

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

### 79 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes

---

#### Mått

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol), procent.

#### Beskrivning och syfte

HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA1c är lägre än 52 mmol/mol enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med typ 1-diabetes med HbA1c lägre än 52 mmol/mol.

*Nämnare:* Totalt antal patienter med typ 1-diabetes som rapporterats i diabetesregistret.

Mätperiod: 2010. Landstingsredovisningen baseras på klinikens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Åldersstandardiserat på sjukhusnivå, standardpopulation: Alla klinisk typ1 i NDR 2010.

Extradata A: Medelvärde HbA1C. Extradata B: Täckningsgrad.

#### Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

#### Felkällor

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

## 80 Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård

---

### Mått

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck (< 130/80 mm Hg), procent.

### Beskrivning och syfte

Målet för blodtryck är lägre än 130/80 mm Hg enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I måttet ingår patienter 80 år eller yngre.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med diabetes, 80 år och yngre inom primärvården med blodtryck lägre än 130/80 mm Hg.

*Nämnare:* Totalt antal patienter med diabetes, 80 år och yngre inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.

Mätperiod: 2010. Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Extradata A: Medelvärde systoliskt blodtryck. Extradata B: Täckningsgrad.

### Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

### Felkällor

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

## 81 Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes

---

### Mått

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (< 130/80 mm Hg), procent.

### Beskrivning och syfte

Målet för blodtryck är lägre än 130/80 mm Hg enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med typ 1-diabetes med blodtryck lägre än 130/80 mm Hg.

*Nämnare:* Totalt antal patienter med typ 1-diabetes som rapporterats i diabetesregistret.

Åldersstandardiserat på sjukhusnivå, standardpopulation: Alla klinisk typ1 i NDR 2010.

Mätperiod: 2010. Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Extradata A: Medelvärde systoliskt blodtryck. Extradata B: Täckningsgrad.

### Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

### Felkällor

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.



## 82 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård

---

### Mått

Andel patienter med diabetes inom primärvården som når behandlingsmålet för LDL-kolesterol, procent.

### Beskrivning och syfte

Målnivån för LDL-kolesterol, det "onda" kolesterolet, är i Socialstyrelsens nationella riktlinjer ett värde som är lägre än 2,5 mmol/l. Indikatorn visar andelen patienter yngre än 80 år som når detta mål.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med diabetes 80 år eller yngre inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för LDL-kolesterolvärdet.

*Nämnare:* Totalt antal patienter med diabetes 80 år eller yngre inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.

Mätperiod: 2010. Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Extradata A: Medelvärde LDL-kolesterol. Extradata B: Täckningsgrad.

### Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

### Felkällor

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

## 83 Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn

---

### Mått

Andel barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som når behandlingsmålet för blodsockervärdet (HbA1c), procent.

### Beskrivning och syfte

HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA1c är lägre än 52 mmol/mol enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som uppnått behandlingsmålet för blodsockervärdet.

*Nämnare:* Totalt antal barn och ungdomar med diabetes som rapporterats i diabetesregistret.

Mätperiod: 2010

Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.

### Datakälla

Swediabkids, Nationella Diabetesregistret (NDR).

### Felkällor

Fullständig täckningsgrad, eventuella skillnader i patientsammansättningen mellan olika landsting.

## 84 Amputation vid diabetes

---

### Mått

Antal amputerade ovan fotled per 100 000 patienter med diabetes

### Beskrivning och syfte

Nedsatt blodcirkulation i benen är en allvarlig komplikation vid långvarig diabetes. Vid sådan uttalad försämrad perifer cirkulation finns det risk för vävnadsdöd i fötter och ben, en komplikation som kan vara livshotande. För att behandla detta kan man tvingas att amputera delar av benet. I god fotvård och tidig intervention kan amputation av delar av framfötter och tår ingår, så kallad mindre amputation.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Åtgärd	Åtgärdskod (KVÅ)
Amputation ovan fotled	NGQ09, NGQ19, NGQ99, NFQ09, NFQ19, NFQ99, NEQ19, NEQ99

Läkemedel	ATC-kod
Diabetesläkemedel	Primär total höftledsplastik utan cement

Personer med diabetes som amputerats ovan fotled per 100 000 diabetiker i åldrarna 40 år och över.

*Täljare:* Personer med diabetes i åldrarna 40 år och över som någon gång under året amputerats ovan fotled.

*Nämnare:* Medelpopulationen av läkemedelsbehandlade diabetiker i åldrarna 40 år och över respektive år.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

### Datakälla

Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Antalet diabetiker i Läkemedelsregister ökar för varje år vilket antagligen påverkar incidensen av amputationer eftersom de nya kategorierna av diabetiker kan vara friskare.

## 85 Metformin och nedsatt njurfunktion

---

### Mått

Andel patienter med diabetes som behandlas med metformin och har nedsatt njurfunktion, procent.

### Beskrivning och syfte

Avser mätning av andel patienter med diabetes som har nedsatt njurfunktion, definierat som GFR < 60ml/min. I måttet ingår patienter över 80 år med metforminbehandling.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter över 80 år med diabetes som har minst tre uttag av metformin-preparat under mätperioden och för vilka information om njurfunktion (kreatinin-clearance (eGFR) på 60 ml/min (enligt Cockcroft-Gault formeln)), finns före läkemedelsuttaget.

*Nämnare:* Totalt antal patienter med diabetes över 80 år som behandlas med Metformin där information om njurfunktion föreligger i NDR som rapporterats i diabetesregistret.

Mätperiod: 2010

Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.

#### Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR) och Socialstyrelsens läkemedelsregister.

#### Felkällor

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret

## HJÄRTSJUKVÅRD

### 86 Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus

---

#### Mått

Andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats. Indikatorn avspeglar framför allt det akuta omhändertagandet innan ambulansen nått platsen eftersom sannolikheten att överleva ökar dramatiskt om personens andning och cirkulation under denna tid kan hållas igång på konstgjord väg med hjärt-lungräddning (HLR).

Resultatet för landstingen påverkas av många faktorer, även utöver det akuta omhändertagandet i ambulansorganisationen och vid sjukhus. Bland dem är patientens ålder, hjärtsjukdomens svårighet, och annan samtidig sjukdom, men även sådant som tillgången till hjärtstartare på offentliga platser och tid till och skicklighet vid den HLR som utförs innan ambulans anländer.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal överlevande 30 dagar efter hjärtstopp där HLR startats.

*Nämnare:* Samtliga hjärtstopp utanför sjukhus där HLR har startats.

Mätperiod: 2009 och 2010.

Inga åldersavgränsningar gäller. Hänsyn till diagnos tas ej. Några specifika statistiska metoder har inte använts.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Nationellt Register för Hjärtstopp.

#### Felkällor

Täckningsgraden är cirka 85 %. Antalet rapporterade fall per 100 000 invånare per år varierar påtagligt mellan landstingen, från 22 till 63. Detta kan tyda på en ojämn täckningsgrad, men även på en variation i andelen fall där HLR startas.

### 87 Dödlighet efter hjärtinfarkt

---

#### Mått

Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.

#### Beskrivning och syfte

Andelen av samtliga fall av akut hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar efter infarkten. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken akut hjärtinfarkt inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. I måttet ingår således även de som inte vårdats på sjukhus.

Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt har åldersstandardiserats med alla fall av akut hjärtinfarkt år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

*Täljare:* Antalet fall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0 till 27) efter hjärtinfarkt.

*Nämnare:* Samtliga fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

#### Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 88 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

#### Mått

Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland dem som vårdats på sjukhus.

#### Beskrivning och syfte

Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland samtliga fall av akut hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt har åldersstandardiserats med alla fall av akut hjärtinfarkt år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

*Täljare:* Antalet sjukhusvårdade fall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter hjärtinfarkt.

*Nämnare:* Samtliga sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

#### Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 89 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

### Mått

Andelen av patienter med förstagångsinfarkt som drabbas av ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar andelen av alla patienter utan registrerad infarkt under de sju föregående åren som får en ny infarkt inom 365 dagar. Endast personer som överlever den akuta perioden på 28 dagar har följts upp och endast nya infarkter eller död i ischemisk hjärtsjukdom efter denna period räknas med i utfallet. Andelen patienter med ny infarkt kan vara ett resultat av både vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Data har hämtats ur patientregistrets slutenvårdsdel samt ur dödsorsaksregistret.

Huvud- eller bidiagnos, underliggande eller bidragande dödsorsak	Diagnoskod ICD-10
Akut hjärtinfarkt	I21, I22
Underliggande dödsorsak	
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

Fall av akut hjärtinfarkt har definierats på samma sätt som för hjärtinfarktstatistiken vid Socialstyrelsen. Detta innebär bland annat att alla inskrivningar inom en 28-dagarsperiod hänförs till samma infarkt (eller attack).

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i hjärtinfarktpatienternas ålderstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering gjordes med hjärtinfarktpopulationens ålderssammansättning år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas.

*Täljare:* Antal hjärtinfarktpatienter som får minst en ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak under perioden 28 dagar till 365 dagar bland samtliga fall av hjärtinfarkt enligt nämndarens definition.

*Nämnare:* Samtliga fall av hjärtinfarkt där patienten överlevt 28 dagar efter infarkt och inte haft någon infarkt under de sju föregående åren.

### Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av akut hjärtinfarkt kan förekomma.

## 90 Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt

### Mått

Andel patienter 79 år och yngre med ST-höjningsinfarkt som reperfusionsterapi, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med hjärtinfarkt och ST-höjning eller vänstergrenblock som fick akut reperfusionsterapi. Indikatorn är viktig att följa eftersom behandlingen minskar skadorna på hjärtat.

Indikatorn ingår i de nationella hjärtriktlinjernas indikatorset för uppföljning och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2010.

### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Reperfusion behandling innebär kärlöppnande behandling och inkluderar primär PCI, trombolys samt akut öppen bypass-operation, CABG. Ingår gör även angiografi syftande till PCI, men där PCI ej utförs. Dessa fall redovisas under PCI.

Målgruppens urval: Alla tre kriterier ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 1. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som STEMI/LBBB om EKG/QRS vid ankomst = 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst = 2 (ST-höjning).
3. Tid från symptomdebut till reperfusionsgrundande EKG < 12 timmar.

Hur åtgärden mäts: Ett av kriterierna ska vara uppfyllda.

1. Angio/PCI har under vårdtillfället gjorts med indikation 3 = ST-höjningsinfarkt eller 4 = ST-höjningsinfarkt/Rescue PCI, enl SCAAR formuläret. Vid "missing value" (ej ifyllts) har ingen Primär PCI gjorts.
2. Reperfusion behandling = 1 (Trombolys)

*Täjljare:* Antalet patienter 79 år och yngre med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som gavs akut reperfusion behandling.

*Nämndare:* Samtliga patienter 79 år och yngre med ST-höjningsinfarkt eller vänster grenblock i RIKS-HIAs databas enligt målgruppsbeskrivning ovan.

Mätperiod: 2010.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

### Felkällor

Täckningsgrad: 67,3 % jämfört med Patientregistret vid Socialstyrelsen år 2010. Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data tolkas.

## 91 Tid till reperfusion behandling vid ST-höjningsinfarkt

---

### Mått

Andel patienter som reperfusion behandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta hur stor del av patienterna som behandlades inom den målsatta tiden, som för PCI är 90 minuter och för trombolys är 30 minuter. Indikatorn är viktig att följa eftersom snabbt insatt behandling är en viktig framgångsfaktor för behandlingsresultatet av dessa patienter.

Indikatorn fångar agerandet i sjukvården eftersom tid för första EKG är startpunkten.

Indikatorn ingår i de nationella hjärtriktlinjernas indikatorset för uppföljning och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2010.

### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Målgruppens urval: Kriterier 1–3 och 4 eller 5 ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 1. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som STEMI/LBBB om EKG/QRS vid ankomst = 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst = 2 (ST-höjning).

3. Tid från symptomdebut till reperfusionsgrundande EKG < 12 timmar.
4. Angio/PCI har under vårdtillfället gjorts med indikation 3 = ST-höjningsinfarkt eller 4 = ST-höjningsinfarkt/Rescue PCI, enl SCAAR formuläret. Vid "missing value" (ej ifyllts) har ingen Primär PCI gjorts.
5. Reperfusionsbehandling = 1 (Trombolys).

Hur åtgärden mäts: Tid från reperfusionsgrundande EKG till trombolysstart enl vårdside eller klockslag för punktion enl Angio/PCI-side.

1. Om tidpunkt för reperfusionsgrundande EKG finns angivet används det. Om denna tidpunkt finns angivet på flera ställen används i första hand uppgiften om tid från vårdsidan på PCI-sjukhuset, i andra hand uppgiften om tid från vårdsidan på hemsjukhuset, och i tredje hand PCI-labels angivelse av tidpunkt för reperfusionsgrundande EKG.
2. Om tidpunkt för reperfusionsgrundande EKG saknas används tidpunkt för prehospitalt EKG.
3. Om tidpunkt för reperfusionsgrundande EKG och tidpunkt för prehospitalt EKG saknas används tidpunkt till akuten (på hemsjukhuset om överflyttad patient).
4. Om tidpunkter för reperfusionsgrundande EKG (enl. 1–3) eller tidpunkt för trombolysstart /punktion saknas för att beräkna delay-tid så antas tiden vara längre än 90 minuter vid PCI och längre än 30 minuter vid trombolys.

*Täljare:* Antal patienter 79 år och yngre som reperfusionsbehandlats inom målsatt tid.

*Nämnare:* Totalt antal patienter 79 år och yngre som reperfusionsbehandlats.

Mätperiod: 2010.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

#### Felkällor

Täckningsgrad: 67,3 % jämfört med Patientregistret vid Socialstyrelsen år 2010. Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data tolkas.

## 92 Kranskärslröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor

### Mått

Andel patienter 79 år och yngre som kranskärslröntgats vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel patienter 79 år eller yngre med icke ST-höjningsinfarkt och förhöjd risk som genomgick eller planerades för kranskärslröntgen. Indikatorn är viktig att följa eftersom det i denna patientgrupp kan finnas behov av kranskärslingrepp, vilket en kranskärslröntgen kan visa. För vissa patienter kan det finnas skäl att avstå från kranskärslröntgen eftersom den förväntade nyttan bedöms vara för låg. Därför bör inte 100% kranskärslröntgade sättas upp som ett absolut mål.

Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärslröntgen en hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Målgruppens urval: Alla tre kriterier ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Patienten inte avliden = 1 enl. slutsida utan föregående angio/pci.
3. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 2. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som NS-TEMI om EKG/QRS vid ankomst inte är 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst inte är 2 (ST-höjning).

4. Minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllt:
  1. Lungrassel = 2–3 vid ankomst.
  2. Vänsterkammarmfunktion (LVEF) = 2–4.
  3. Med diabetes avses: Diabetes = 1 eller diabetesbehandling insulin eller diabetesbehandling per os = 1.
  4. Tidigare hjärtinfarkt = 1.
  5. EKF STT = 3.

Då det är flera villkor räknas "missing value" inte som att de har tillståndet i fråga.

Hur åtgärden mäts: Ett av kriterierna ska vara uppfyllt.

1. Angio/PCI har under vårdtillfället eller inom 30 dagar från ankomst gjorts.
2. CABG = 1–3
3. Hjärtkirurgi gjorts inom 30 dagar från ankomst enl. hjärtkirurgiregistret.

*Täljare:* Antal patienter 79 år eller yngre med icke-ST-höjningsinfarkt som kranskärlsröntgades eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med vårdtillfället.

*Nämnare:* Alla patienter 79 år eller yngre med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i Riks-Hias databas under mätperioden.

Mätperiod: 2010.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

#### Felkällor

Täckningsgrad: 67,3 % jämfört med Patientregistret vid Socialstyrelsen år 2010. Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data tolkas.

## 93 Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt

### Mått

Andel patienter 79 år och yngre med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlades med P2Y12-blockad. Kontraindikationer till behandling kan finnas, varför 100 % behandlade inte kan sättas upp som absolut mål.

Indikatorn ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Målgruppens urval: Alla kriterier ska vara uppfyllt.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 2. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som NSTEMI om EKG/QRS vid ankomst inte är 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst inte är 2 (ST-höjning).
3. Inte avliden = 1.
4. Inte blödning under vårdtillfället = 1–3.
5. Inte antikoagulantia  $\geq$  1.
6. Inte CABG = 1–3.
7. Inte hjärtkirurgi gjorts inom 30 dagar från ankomst enligt hjärtkirurgiregistret.



Hur åtgärden mäts: Följande kriterium ska vara uppfyllt.

1. Övrig Trombocythämmare = 1–3.

Vid 0, 8 eller "missing value" antas patienten inte P2Y12-receptor blockerare.

*Täljare:* Antalet sjukhusvårdade patienter 79 år eller yngre med icke-ST-höjningsinfarkt som behandlats med P2Y12-blockerare vid utskrivning, per landsting.

*Nämnare:* Samtliga patienter 79 år eller yngre med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i RIKS-HIA:s databas under mätperioden.

Mätperiod: 2010.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

#### Felkällor

Täckningsgrad: 67,3 % jämfört med Patientregistret vid Socialstyrelsen år 2010. Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data tolkas.

## 94 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

### Mått

Andel hjärtinfarktpatienter 40–79 år som fått blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader.

### Beskrivning och syfte

Efter hjärtinfarkt, liksom efter stroke, är för höga nivåer för blodtryck och blodfetter (kolesterol) viktiga riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. Statiner sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av kranskärlen. Behandling med lågkostnadsstatin har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet individer med något vårdtillfälle av hjärtinfarkt har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under perioden och som överlevt 18 månader efter utskrivning.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22
Läkemedel	ATC-kod
Statiner	C10A, C10B

För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodfettssänkande medel (C10A, C10B) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfället.

*Täljare:* Antal hjärtinfarktpatienter i åldern 40–79 år som hämtat ut blodfettssänkande medel (statiner) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

*Nämnare:* Samtliga individer som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt.

#### Datakälla

Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel är mycket litet. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka populationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende eller på sjukhus, vilket kan leda

till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

## 95 Sekundärpreventiv måloppfyllelse efter hjärtinfarkt

---

### Mått

Andel patienter som når mål för sekundärprevention 12–14 månader efter hjärtinfarkt, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta kvaliteten i den sekundärpreventiva vården efter hjärtinfarkt. För att en patient ska anses ha uppnått målen i indikatorn ska samtliga av fyra delmål vara uppfyllda; deltagande i fysiskt träningsprogram, rökfrihet, blodtryckskontroll samt blodfettskontroll.

Den ökade överlevnaden efter hjärtinfarkt gör uppföljningen av sekundärpreventiva åtgärder viktig.

Vetenskapligt underlag samt riktlinjer finns; Hjärtriktlinjerna 2008 för fysisk träning, blodfettskontroll samt rökfrihet. Blodtryckskontrollen mindre väldefinierad annat än i SBU:s behandlingsriktlinjer för hypertoni från 2006. Europeiska samt amerikanska riktlinjer från 2007.

### Typ av indikator

Strukturindikator                    ✓ Processindikator                    ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med samtliga fyra delmål för sekundärprevention uppfyllda.

*Nämnare:* Antal patienter med hjärtinfarkt registrerade i SWEDEHEART/SEPHIA.

De fyra delmålen är deltagande i fysiskt träningsprogram, rökfrihet, systoliskt blodtryck < 140 mm Hg, samt LDL < 2,5 mmol/l alternativt Apo B/Apo A-1-kvot < 0,60 för kvinnor resp < 0,70 för män.

Uppföljningen avser 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Patienter yngre än 75 år är inkluderade.

Mätperiod: 2010, mätperioden avser uppföljningsår.

Patienterna redovisas i respektive hemortslandsting, oavsett var uppföljning skett.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SEPHIA – del i SWEDEHEART.

### Felkällor

Av SWEDEHEARTs hjärtinfarktpatienter återfinns cirka 50% i SEPHIA-delen av registret, med stor variation mellan sjukhusen. Om hänsyn tas till att SWEDEHEART inte innehåller samtliga fall, blir täckningsgraden för SEPHIA-delen ännu lägre. Täckningsgraden och variationen i denna gör att jämförelser mellan sjukhus blir osäkra.

## 96 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärslsjukdom

---

### Mått

Andel döda inom ett år efter PCI-behandling vid instabil kranskärslsjukdom, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta dödligheten efter PCI (ballongvidgning) hos den största patientgruppen som PCI-behandlas som ett resultatmått.

Antalet döda är i många landsting små och slumpen spelar då in. Casemix påverkar utfallet, likaså sekundärpreventiva insatser.

### Typ av indikator

Strukturindikator                    Processindikator                    ✓ Resultatindikator

### **Teknisk beskrivning**

*Täljare:* Antal avlidna inom 1 år efter PCI-behandling.

*Nämnare:* Antal patienter med instabil kranskärslssjukdom (utan ST-höjning) som PCI-behandlats.

Åldersstandardisering på tre åldersklasser: 0–59 år, 60–74år och 75+. Standardpopulation: PCI för patienter med instabil kranskärslssjukdom 2005–2009, samma vikter för män, kvinnor och totalt.

Mätperiod: 2008–2009.

Patienterna redovisas under sitt hemlandsting oavsett var behandlingen genomfördes.

### **Datakälla**

Nationellt kvalitetsregister: SCAAR – del i SWEDHEART.

### **Felkällor**

Täckningsgrad: 98,2 % enligt jämförelse med Patientregistret vid Socialstyrelsen gjord 2010.

## **97 Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI**

---

### **Mått**

Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl påvisats vid någon efterföljande undersökning inom 1 år efter PCI-behandling, procent.

### **Beskrivning och syfte**

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som efter PCI-behandling får återförträngning inom 1 år. Eftersom det finns viss risk för återförträngning (restenos) efter PCI-behandling är denna resultatindikator ofta använd. Casemix, skillnader i urval av vilka patienter som erbjuds PCI-behandling, benägenhet att göra efterkontroller påverkar utfallet. Val av stent som används påverkar utfallet.

### **Typ av indikator**

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### **Teknisk beskrivning**

*Täljare:* Antal patienter där återförträngning av hjärtats kärl påvisats vid någon efterföljande undersökning inom 1 år. Undersökningen har gjorts på grund av återkommande besvär.

*Nämnare:* Samtliga patienter som PCI-behandlats och var vid liv ett år efter behandlingen.

Patienter i alla åldrar och med alla sjukdomstillstånd ingår.

Mätperiod: 2009.

Patienterna redovisas under sitt hemlandsting oavsett var behandlingen genomfördes.

### **Datakälla**

Nationellt kvalitetsregister: SCAAR – del i SWEDHEART.

### **Felkällor**

Täckningsgrad: 98,2 % enligt jämförelse med Patientregistret vid Socialstyrelsen gjord 2010. Casemix påverkar utfallet.

## **98 Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt**

---

### **Mått**

Andel personer som avlider eller återinskrivs inom 30 dagar efter hjärtsvikt.

### **Beskrivning och syfte**

Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Orsaker till återinläggning kan bland annat vara alltför tidig utskrivning av hjärtsviktspatienter, bristande läkemedelbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen.

Undvikbara återinskrivningar är en kvalitetsbrist som både medför ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtsvikt	I50, I110, I420, I426

Sammanhängande vårdtillfällen har slagits samman till vårdepisoder före beräkningen. Endast fall av hjärtsvikt där patienten inte hade vårdats för hjärtsvikt under den föregående 365-dagarsperioden följs upp. Dödsdatum har inhämtats ur dödsorsaksregistret. I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i patienternas åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med den aktuella sjukhusvårdade hjärtsviktspopulationen som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas.

*Täljare:* Döda eller återinskrivna inom 30 dagar efter utskrivning från sjukhus efter vårdkedja med nämnares definition.

*Nämnare:* Alla hjärtsviktspatienter med vårdkedja där en huvuddiagnos för hjärtsvikt förekommer och som varit fria från vård för hjärtsvikt de föregående 365 dagarna.

#### Datakälla

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma.

## 99 Ekokardiografi vid hjärtsvikt

---

#### Mått

Andel patienter med hjärtsvikt som diagnostiserades med ekokardiografi, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med hjärtsvikt som diagnostiserades med ekokardiografi (ultraljudsundersökning av hjärtat) och är viktig att följa eftersom diagnostisering byggd på enbart symtom och kliniska fynd ger fel diagnos i cirka hälften av fallen.

I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård har ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt hög prioritet.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal med angiven grad av dysfunktion.

*Nämnare:* Antal som besvarat frågan om grad av dysfunktion.

Datauttag: RiksSvikt uttag 2011-07-06

Mätperiod: 2010.

#### Datakälla

RiksSvikt – Nationellt kvalitetsregister för hjärtsvikt.

#### Felkällor

Täckningsgraden var år 2009 48 % av de sjukhusvårdade patienterna vid jämförelse med Patientregistret vid Socialstyrelsen. RiksSvikt själva uppskattar motsvarande siffra för 2010 till 61%. Få hjärtsviktspatienter inom primärvården registreras i RiksSvikt. Stora variationer i registrering mellan sjukhus och därmed landsting gör jämförelser osäkra.

## 100 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

---

### Mått

Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare.

### Beskrivning och syfte

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvoly, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. I princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Vårdkedjor följs upp och endast huvuddiagnos. Alla åldrar from 20 år. Läkemedlen följs upp i 182 dagar efter utskrivning. RAAS = atckod "C09". Betablock = atckod "C07". Åldersstandardisering gjordes med den aktuella sjukhusvårdade hjärtsviktpopulationen som standardpopulation. Samma standardpopulation Användes för män och kvinnor.

Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget.

*Täljare:* Hjärtsviktpatienter som behandlas med både RAAS-hämmare och betablock inom perioden 6–12 månader efter utskrivning efter hjärtsvikt.

*Nämnare:* Alla hjärtsviktpatienter med vårdkedjor där en huvuddiagnos för hjärtsvikt förekommer och som varit fria från vård för hjärtsvikt de föregående 365 dagarna och som var i livet ett år efter utskrivning.

### Datakälla

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma. År 2005 representeras endast av det andra halvåret då det finns läkemedelsdata. Drygt 14 000 fall per år följs upp (cirka 19 000 fall totalt med avlidna under halvåret inräknade). Totalt 77 990 fall.

## 101 Komplikationer efter pacemakerinsättning

---

### Mått

Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation, utbyte eller korrektion av standardpacemaker.

Komplikationsfrekvensen är en naturlig indikator för kvalitetsuppföljning av pacemakeroperation.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal komplikationer.

*Nämnare:* Antal patienter som behandlats med standardpacemaker (nyimplantat, utbyte eller korrektion).

Komplikation definieras som oförutsedd händelse med felfunktion i pacemakersystemet eller en annan för patienten allvarlig händelse av den art och grad att antingen operativ åtgärd krävts eller läkemedelsbehandling (tex antibiotika vid infektion). Komplikation kan inträffa såväl under som efter vårdtillfället.

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

Mätperiod: 2009, avser operationsår

#### Datakälla

Svenska ICD- och Pacemakerregistret.

#### Felkällor

Täckningsgraden var 95 % år 2006 vid samkörning med Patientregistret vid Socialstyrelsen.

En tänkbar felkälla kan vara bristande registrering av komplikationer.

## 102 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt

---

### Mått

Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt, DRG I12E och F.

### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen enligt DRG I12E och F.

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen med DRG I12E och F.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
I12E	PCI vid infarkt, utan komplikation
I12F	PCI vid infarkt, komplicerat

### Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

### Felkällor

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## STROKESJUKVÅRD

## 103 Dödlighet efter förstagångsstroke

---

### Mått

Andelen som avled inom 28 dagar bland förstagångsfall av stroke.

### Beskrivning och syfte

28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret. Det vill säga endast de personer som inte haft någon strokediagnos under de sju föregående åren har ingått i beräkningen. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken stroke inom 28 dagar hänförs till ett strokefall. Både patienter som vårdats och inte vårdats på sjukhus ingår därmed.

Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

*Täljare:* Antalet förstagångsfall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.

*Nämnare:* Samtliga förstagångsfall av stroke under mätperioden.

#### Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 104 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

---

#### Mått

Andelen som avled inom 28 dagar efter stroke bland förstagångsfall som sjukhusvårdats.

#### Beskrivning och syfte

28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke som har vårdats på sjukhus. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett strokefall. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

*Täljare:* Antalet sjukhusvårdade förstagångsfall som avlider inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.

*Nämnare:* Samtliga sjukhusvårdade förstagångsfall i stroke under perioden.

#### Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 105 Vård vid strokeenhet

---

### Mått

Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med stroke som vårdats på strokeenhet. En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästintill helt tar hand om patienter med stroke och som sköts av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga inom strokevård. För utförligare beskrivning se Nationella riktlinjer för strokevård

Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att hävda att vård på välfungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter.

### Typ av indikator

Strukturindikator                    ✓ Processindikator                    Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med stroke som vårdats på strokeenhet, enligt gällande kriterier för sådan enhet.

*Nämnamnare:* Samtliga patienter med stroke som registrerats i Riks-Stroke.

Patienter där uppgift om strokeenhet – annan vårdavdelning saknas är exkluderade ur nämnamnaren. Detta bortfall är mycket litet.

Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

Mätperiod: 2010

### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

### Felkällor

Täckningsgrad: cirka 86 % med variationer mellan sjukhus. En annan felkälla kan vara att enhet som inte uppfyller kriterierna felaktigt uppges vara strokeenhet.

## 106 Trombolysbehandling vid stroke

---

### Mått

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, procent.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar andelen av patienter med stroke som gavs trombolysbehandling, av de patienter som ingår i målgruppen för denna behandling. Vid hjärninfarkter har intravenös trombolysbehandling, använd enligt gällande kriterier, en mycket gynnsam effekt genom att risken för död och funktionsnedsättning minskar.

Trombolysbehandling har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke.

### Typ av indikator

Strukturindikator                    ✓ Processindikator                    Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Ingår gör patienter med strokediagnos I63 (ischemisk stroke), ålder 18–80 och som var ADL-oberoende vid insjuknandet.

Patienter där uppgift om trombolysbehandling eller ej saknas är exkluderade ur nämnamnaren. Trombolysbehandling som del i klinisk studie ingår.



Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.

*Täljare:* Antal strokepatienter som trombolysbehandlats.

*Nämnare:* Samtliga strokepatienter som ingick i målgruppen för denna behandling.

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort

Mätperiod: 2010

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

#### Felkällor

Täckningsgrad: cirka 86 % med variationer mellan sjukhus.

## 107 Test av sväljförmåga vid akut stroke

---

### Mått

Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med stroke som genomgått sväljtest (eller där det inte är genomfört pga patientens tillstånd) och är viktig att mäta pga att sväljproblem kan leda till att mat hamnar i luftvägarna. Då patienten läggs in vid sjukhus bör sväljförmågan rutinmässigt bedömas.

Sväljtest är högt prioriterad i de nationella riktlinjerna för strokevård.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter där sväljförmåga testats eller där sväljförmåga inte testats pga patientens tillstånd.

*Nämnare:* Samtliga patienter som registrerats i Riks-Stroke under året.

Svarsalternativen "ja" och "ej undersökt på grund av patientens tillstånd" har slagits ihop till en kategori. Frågan ändrade utformning 2008–2009 därför finns bara data för 2009 och 2010 med i redovisningen.

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

#### Felkällor

Täckningsgrad: cirka 86 % med variationer mellan sjukhus.

## 108 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer

---

### Mått

Andel strokepatienter med förmaksflimmer, 55–79 år som har fått blodförtunnande behandling.

### Beskrivning och syfte

I måttet ingår individer som har stroke som huvuddiagnos och förmaksflimmer som bidiagnos. Med blodförtunnande behandling avses individer som hämtat ut läkemedlet warfarin eller dabigatran.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täjljare:* Antal strokepatienter, 55–79 år, med förmaksflimmer som hämtat ut blodförtunnande medel 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

*Nämnare:* Samtliga individer med något vårdtillfälle av stroke som huvuddiagnos och förmaksflimmer som bidiagnos under perioden.

Uppgifterna om antalet individer med stroke och förmaksflimmer har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under den studerade och som överlevt 18 månader efter utskrivning. För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodförtunnande medel 12–18 månader efter utskrivning.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Cerebral infarkt	I63
Akut cerebrovaskulär sjukdom ej specificerad som blödning eller infarkt	I64
Hjärtflimmer	I48
Läkemedel	ATC-kod
Warfarin	B01AA03
Dabigatran	B01AE07

Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfälle.

### Datakälla

Patientregistret, Dödsorsakregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Mycket litet bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka strokepopulationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende eller på sjukhus, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

## 109 Blodfettssänkande behandling efter stroke

### Mått

Andel patienter 50–79 år som behandlats med statiner 12–18 månader efter förstagångsinsjuknande i ischemisk stroke.

### Beskrivning och syfte

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga för att förhindra ett återinsjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. I de nationella riktlinjerna har åtgärden hög prioritet, och i princip ska samtliga patienter med hjärninfarkt behandlas med statin.

### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Under en tvåårsperiod mäter indikatorn patienter med förstagångsinsjuknande i ischemisk stroke som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel. Med förstagångsinsjuknande menas att patienten varit strokefri i minst 7 år före insjuknandet. Uppgifterna om antalet individer med något vårdtillfälle av hjärninfarkt har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår endast individer som överlevt 18 månader efter utskrivning.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Cerebral infarkt	I63
Akut cerebrovaskulär sjukdom ej specificerad som blödning eller infarkt	I64
Läkemedel	ATC-kod
Statiner	C10AA, C10BA

För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av statiner 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfället.

*Täljare:* Antal förstaingångsinsjuknande i ischemisk stroke i åldern 50–79 år som hämtat ut statiner 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

*Nämnare:* Totalt antal patienter med förstaingångsinsjuknande i ischemisk stroke i åldern 50–79 år.

#### Datakälla

Socialstyrelsen: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret.

#### Felkällor

Bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel är mycket litet. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka populationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende eller på sjukhus, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

## 110 Återinsjuknande efter stroke

### Mått

Andelen patienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar.

### Beskrivning och syfte

Andelen patienter som återinskrivs i slutenvård inom 365 dagar efter en sammanhängande värdeperiod med stroke som inledande huvuddiagnos. Endast förstaingångsfall har följts upp. Dessa har skattats med krav på sju år utan föregående stokediagnos i Patientregistret.

Som återinskrivning räknas vårdtillfällen med huvuddiagnos för stroke eller sena effekter av stroke. Återinskrivningarna räknas bara en gång, oavsett hur många gånger som den enskilda patienten återinskrivs under 365-dagarsperioden. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i de sekundärpreventiva insatserna efter stroke.

### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Andelen återinskrivningar efter stroke har åldersstandardiserats med alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Stroke	I61, I63, I64
Sena effekter av stroke	I69

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

*Täljare:* Antalet patienter under mätperioden med vårdtillfälle för förstaingångsstroke som vid åtminstone ett tillfälle återinskrivs inom 365 dagar för stroke eller sena effekter av stroke som huvuddiagnos.

*Nämnare:* Antal skattade förstaingångsvårdtillfällen med stroke som huvuddiagnos under mätperioden.

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Mycket litet bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

## 111 Funktionsförmåga efter stroke

---

### Mått

Andel strokepatienter som var ADL-oberoende tre månader efter akutfasen, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som var oberoende av andra för sin personliga ADL (Aktiviteter i Dagligt Liv) tre månader efter akutfasen, av dem som överlevde och som före insjuknandet själva klarade sin personliga ADL.

### Typ av indikator

Strukturindikator                  Processindikator                  ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter stroke.

*Nämnare:* Samtliga strokepatienter registrerade i Riks-Stroke som var vid liv efter tre månader och som före insjuknandet var ADL-oberoende.

Se nämnaren. Justering för patientens ålder, kön och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset har gjorts för landsting och sjukhusdata. ADL-beroende avser personligt ADL (förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning)

Mätperiod: 2010

### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

### Felkällor

Täckningsgrad: cirka 86 % med variationer mellan sjukhus. Visst bortfall i 3-månaders-uppföljningen.

## 112 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

---

### Mått

Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta hur nöjda strokepatienterna är med vården vid sjukhus 3 månader efter insjuknandet.

Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter tre månader efter akutfasen ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar.

### Typ av indikator

Strukturindikator                  Processindikator                  ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal strokepatienter som i en enkät uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården tre månader efter akutfasen.

*Nämnare:* Totalt antal strokepatienter som svarade på enkäten under mätperioden.

Patienter som deltog i uppföljningen men som inte avgav svar på denna fråga, är exkluderade ur nämnaren ovan.

Mätperiod: 2010

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

#### Felkällor

Täckningsgrad: cirka 86% med variationer mellan sjukhus. Svarefrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till 88% för riket som helhet. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan ha funktionspåverkan av sin sjukdom, vilket kan påverka förutsättningarna att besvara enkäten.

## 113 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

---

#### Mått

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett.

Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter 12 månader efter akutfasen ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal strokepatienter som i en enkät uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen 12 månader efter akutfasen.

*Nämnare:* Totalt antal strokepatienter som svarade på enkäten under mätperioden.

Patienter som deltog i uppföljningen men som inte avgav svar på denna fråga, är exkluderade ur nämnaren ovan.

Mätperiod: 2009

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

#### Datakälla

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

#### Felkällor

Täckningsgrad: cirka 86 % med variationer mellan sjukhus. Svarefrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till 80 procent för riket som helhet. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan ha funktionspåverkan av sin sjukdom, vilket kan påverka förutsättningarna att besvara enkäten.

## NJURSJUKVÅRD

## 114 Nya patienter i aktiv uremivård

---

#### Mått

Antal nyinsjuknade i aktiv uremivård per miljon invånare och år.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta nyupptag i uremivård (och inte sjukdomsförekomst) och är ett av njursjukvårdens viktigaste mått som används internationellt. Aktiv uremivård är det samlade begreppet för dialysvård och njurtransplantation.

Låga tal kan indikera en välfungerande preventiv njursjukvård. Resursbrist och svårtillgänglighet (tex orimliga reseavstånd) ger också låga tal. Obefintlig eller dåligt fungerande vård, men lättillgänglig dialysvård kan leda till höga tal. Indikatorn visas för att synliggöra variationer inom landet.

#### Typ av indikator

✓ Strukturindikator      Processindikator      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal nypupptagna i aktiv behandling per 5-årsperiod.

*Nämnare:* Medelbefolkning under motsvarande 5-årsperiod.

Patienter som överlevt mer än 90 dagar efter behandlingsstart ingår i redovisningen.

Mätperiod: 2006–2010

Data redovisas per patientens hemortslandsting.

#### Datakälla

Svenskt Njurregister – SNR.

#### Felkälla

Täckningsgrad: Samtliga kliniker registrerar och täckningsgraden för njurtransplanterade är fullständig. För patienter med kronisk dialysbehandling bedöms täckningsgraden vara minst 95 %. SNR samarbetar med Socialstyrelsen i arbetet med jämförelser av täckningsgrad.

## 115 Risk för död i dialysbehandling

---

#### Mått

Relativ risk för död i dialysbehandling.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta relativ risk för död för patienter i dialysbehandling och syftar till att stimulera sjukvårdshuvudmännen till analys av de egna överlevnadsresultaten. Överlevnaden baseras på samtliga dödsfall vilket i små landsting kan leda till att enstaka dödsfall som inte är relaterade till dialysbehandlingens kvalitet kan påverka utfallet.

#### Typ av indikator

Strukturindikator      Processindikator      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Relativ risk för död beräknad med Cox-regression. Endast patienter som överlevt mer än 90 dagar efter påbörjad behandling ingår. Patienter som transplanteras efter en tid i dialysbehandling ingår fram till transplantationsdatum. Analysen har justerats för ålder och grundsjukdom.

Mätperiod: 2001–2010.

#### Datakälla

Svenskt Njurregister – SNR.

#### Felkällor

Täckningsgrad: Samtliga kliniker registrerar och täckningsgraden för njurtransplanterade är fullständig. För patienter med kronisk dialysbehandling bedöms täckningsgraden vara minst 95 %. SNR samarbetar med Socialstyrelsen i arbetet med jämförelser av täckningsgrad.

## 116 Måluppfyllelse för dialysdos vid hemodialys

---

#### Mått

Andel patienter som når mål (standardiserat  $Kt/V > 2$ ) för dialysdos vid hemodialys, procent.

#### Beskrivning och syfte

Dialysdos mäts som standardiserat  $Kt/V$ .

Måttet baseras på den årliga tvärsnittundersökningen hösten 2010. Ingående variabler är urea före och efter dialys, vikt före och efter dialys, dialysduration och antal dialyser per vecka. Standardiserat Kt/V är ett indexmått på effektiviteten i en enskild dialys. Målet anses uppfyllt vid värden över 2. Hela patientpopulationen i kronisk hemodialysbehandling vid tillfället för tvärsnittundersökningen ingår i materialet.

Indikatorn är ett viktigt mått på processkvalitet i njursjukvård.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Det använda måttet på dialysdosering, standardiserat Kt/V, bygger på Kt/V, det vedertagna måttet på dialysdos för en enskild dialys, och kompenserar därutöver för antal dialyser per vecka. Eftersom alltfler patienter behandlas med mer individuellt anpassade dialysscheman måste bedömningen av dialysdos baseras på den sammantagna veckodosen, snarare än en enskild dialys.

Måttet är i sig standardiserat till patientens kroppsstorlek. Patienten registreras på den dialysenhet där behandlingen ges, vilket nästan alltid är patientens hemmaklinik.

Mätperiod: 2010

#### Datakälla

Svenskt Njurregister – SNR.

#### Felkällor

Täckningsgrad: Samtliga kliniker registrerar och täckningsgraden för njurtransplanterade är fullständig. För patienter med kronisk dialysbehandling bedöms täckningsgraden vara minst 95 %. SNR samarbetar med Socialstyrelsen i arbetet med jämförelser av täckningsgrad.

## 117 Kärlaccess vid dialys

---

#### Mått

Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, procent.

#### Beskrivning och syfte

Den bästa formen av tillgång (access) till blodbanan vid bloddialys är AV-fistel (arterio-venös fistel), anlagd med hjälp av patientens egna kärl. AV-graft (med syntetiskt kärlmaterial) har inneboende problem, främst återkommande benägenhet för tilltäppning och upphävd funktion, men även en något ökad infektionsrisk. Övervakning och olika interventioner kan dock motverka dessa nackdelar. Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter (CDK), som har påtagliga nackdelar i form av kraftigt ökad risk för allvarliga infektioner, men också sämre blodflöden, och därmed försämrad dialyseffektivitet.

Indikatorn är ett viktigt mått på processkvalitet i njursjukvård.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal hemodialyspatienter med dialys via AV-fistel eller syntetisk AV-graft.

*Nämnare:* Samtliga hemodialyspatienter med registrerade värden kärlaccess.

Aktuell access vid tillfället för den årliga tvärsnittundersökningen hösten 2010.

Samtliga deltagande patienter ingår.

#### Datakälla

Svenskt Njurregister – SNR.

#### Felkällor

Täckningsgrad: Samtliga kliniker registrerar och täckningsgraden för njurtransplanterade är fullständig. För patienter med kronisk dialysbehandling bedöms täckningsgraden vara minst 95 %. SNR samarbetar med Socialstyrelsen i arbetet med jämförelser av täckningsgrad.

## 118 Måluppfyllelse för blodtryck för patienter i hemodialys

---

### Mått

Andel dialyspatienter som når mål för blodtryck (< 140/90 mmHg), procent.

### Beskrivning och syfte

Personer med njursjukdom uppvisar regelmässigt högt och inte sällan svårbehandlat blodtryck. Med rätt dialysduration, dialysfrekvens, dialysvätskesammansättning och dialysteknik kan blodtrycket många gånger normaliseras utan omfattande läkemedelsbehandling.

Indikatorn är ett viktigt mått på processkvalitet i njursjukvård. Det finns ett mycket omfattande vetenskaplig stöd för att god blodtrycks kontroll både minskar försämringshastigheten hos flertalet njursjukdomar och minskar risken för hjärt-kärlsjukdom.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal hemodialyspatienter med systoliskt blodtryck <140 mmHg och diastoliskt blodtryck < 90 mm Hg före dialys.

*Nämnare:* Samtliga hemodialyspatienter med registrerade blodtrycksvärden.

### Datakälla

Svenskt Njurregister – SNR.

### Felkällor

Täckningsgrad: Samtliga kliniker registrerar och täckningsgraden för njurtransplanterade är fullständig. För patienter med kronisk dialysbehandling bedöms täckningsgraden vara minst 95 %. SNR samarbetar med Socialstyrelsen i arbetet med jämförelser av täckningsgrad.

## CANCERSJUKVÅRD

## 119 Överlevnad vid tjocktarmscancer

---

### Mått

Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första tjocktarmscancerdiagnos under perioden 2003–2009.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2010.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet patienter med tjocktarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C18–C19 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.



De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. med avseende på behandling, har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.

#### Datakälla

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.

## 120 Omoperation vid tjocktarmscancer

---

### Mått

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn beskriver andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation av tjocktarmscancer på grund av komplikation.

Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en viktig indikator att följa upp.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer.

Mätperiod: 2007–2009

*Täljare:* Antal patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer.

*Nämnare:* Totala antalet patienter som primäropererats med resektion för koloncancer.

Följande diagnoskoder ingår enligt ICD: C18. PAD 096,996.

Extraintormation: Andel akut opererade.

### Datakälla

Nationella Koloncancerregistret

### Felkällor

Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, < 85 %.

En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.

## 121 Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer

---

### Mått

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn beskriver andel patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Indikatorn beskriver andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer.

Mätperiod: 2007–2009

*Täljare:* Antal avlidna inom 30 respektive 90 dagar.

*Nämnare:* Antal patienter som opererats med resektionskirurgi.

Följande diagnoskoder ingår enligt ICD: C18. PAD 096,996.

Del av stapel i diagram: Andel avlidna inom 30 dagar.

Extrainformation: Andel akut opererade.

### Datakälla

Nationella Koloncancerregistret.

### Felkällor

Cirka 1 % bortfall på indikatorn. Täckningsgraden för lund år 2009 är otillräcklig, < 85 %.

Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad.

## 122 Överlevnad vid ändtarmscancer

---

### Mått

Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första ändtarmscancerdiagnos under perioden 2003–2009.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2010.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet patienter med ändtarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C20–C21 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön,

ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. med avseende på behandling, har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.

#### **Datakälla**

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

#### **Felkällor**

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.

## **123 Omoperation vid ändtarmscancer**

---

#### **Mått**

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, procent.

#### **Beskrivning och syfte**

Indikatorn beskriver andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer på grund av komplikation.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp. En andra operation medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

#### **Typ av indikator**

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### **Teknisk beskrivning**

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation efter operation för ändtarmscancer.

Mätperiod: 2005–2009, referensår: 2003–2007

*Täljare:* Antal omoperationer som utförts inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.

*Nämnare:* Totala antalet primäroperationer av ändtarmscancer som rapporterats i registret.

ICD-kod: C20.9 PAD 096,996.

#### **Datakälla**

Nationella Rektalcancerregistret.

#### **Felkällor**

Utöver reella skillnader i antal omoperationer kan variationer mellan landstingen även bero på skillnader i registreringen av reoperationer.

## 124 Dödlighet vid operation för ändtarmscancer

---

### Mått

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn beskriver andel patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är andelen avlidna inom 30 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer.

Mätperiod: 2007–2009, jämförelseår 2002–2006.

*Täljare:* Antal patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation.

*Nämnare:* Antal patienter som opererats med resektionskirurgi.

ICD-kod: C20.9 PAD 096,996.

### Datakälla

Nationella Rektalcancerregistret.

### Felkällor

Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%.

Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad.

## 125 Överlevnad vid bröstcancer

---

### Mått

Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för kvinnor i åldern 0–89 år som fick sin första bröstcancerdiagnos under perioden 2003–2009.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2010.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet kvinnor med bröstcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C50 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om bröstcancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.

#### Datakälla

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

## 126 Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata

---

#### Mått

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som omopererats på grund av tumörförhållanden.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uttrycks att detta är en viktig indikator av att följa upp. Indikatorn mäter både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och operationernas kvalitet (hur väl kirurg lyckas avlägsna tumör vid operation).

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser andel kvinnor med bröstcancer som efter att tumöranalys visat att tumörceller finns kvar eller för snäv marginal får opereras igen.

Mätperiod: 2009, jämförelseår 2008

Statistik: Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.

*Täljare:* Antal kvinnor med kompletterande bröstoperation på grund av tumördata efter primäroperation för bröstcancer.

*Nämnare:* Totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer och för vilka det finns uppgift om kompletterande bröstoperation.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD-10: C50, malign tumör i bröstkörtel

#### Datakälla

Nationella Bröstcancerregistret.

#### Felkällor

Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 11 fall uppgift om patientens hemortslandsting samt i 19 fall information om huruvida patient har genomgått en kompletterande bröstoperation. De nitton fallen är ej medräknade i nämnaren.

Totalen för täljaren och nämnaren för sjukhusvärden skiljer sig från totalen för landstingsdata då två fall anmäldes till registret av annan vårdinrättning än sjukhus.

## 127 Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation

---

#### Mått

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn beskriver hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av kirurgiska komplikationer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uttrycks att detta är en viktig indikator av att följa upp då den beskriver operationernas kvalitet.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av olika kirurgiska komplikationer så som blödning, infektion eller annat.

Mätperiod: 2009, jämförelseår 2008.

Statistik: Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.

*Täljare:* Antal kvinnor med bröstcancer som omopererats inom 30 dagar på grund av kirurgiska komplikationer.

*Nämnare:* Totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer och för vilka det finns uppgift om omoperation på grund av kirurgiska komplikationer.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD-10: C50, malign tumör i bröstkörtel.

#### Datakälla

Nationella Bröstcancerregistret.

#### Felkällor

Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 10 fall uppgift om patientens hemortslandsting samt i 40 fall information om huruvida patient har genomgått en kompletterande bröstoperation. De fyrtio fallen är ej medräknade i nämnaren.

## 128 Tid till operation vid bröstcancer

---

#### Mått

Tid från första specialistbesök till operation vid bröstcancer, tid i dagar.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn beskriver väntetiden från det första besöket hos specialist till operation för bröstcancer.

Det finns riktlinjer från SFBK där det anges att mer än 90 procent av alla patienter med verifierad bröstcancer ska erbjudas en operation inom tre veckor och ingen bör vänta mer än fyra veckor.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser väntetiden för kvinnor med bröstcancer från första besök hos specialist till operation.

Mätperiod: 2009.

Statistik: Mediantid samt undre och övre kvartilen har beräknats.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD-10: C50, malign tumör i bröstkörtel.

#### Datakälla

Nationella Bröstcancerregistret.

#### Felkällor

Utredningsflödet varierar mellan landstingen. I vissa landsting kommer patienterna färdigutredda till bröststenheten medan andra startar sin utredning vid bröststenheten. Detta påverkar hur lång väntetiden beräknas vara.

## 129 Överlevnad vid lungcancer

---

### Mått

Relativ ettårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med lungcancer.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar den relativa ettårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första lungcancerdiagnos under perioden 2003–2009.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2010.

### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet patienter med lungcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C34 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ ettårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter ett år om lungcancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst ett år.

### Datakälla

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.

## 130 Multidisciplinär konferens vid lungcancer

---

### Mått

Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn mäter hur stor andel av patienter med lungcancer som genomgår en multidisciplinär konferens inför planerad behandling.

Inför den planerade primärbehandlingen av lungcancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog och lungmedicinsk specialist. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancerbehandling har en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nypptäckt lungcancer fått en hög prioritet.

#### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

Indikatorn avser andel patienter med lungcancer som genomgår en multidisciplinär konferens inför behandling.

Mätperiod: 2002–2009.

Statistik: Exakt konfidensintervall för binomialfördelning har beräknats

*Täljare:* Antal lungcancerpatienter som bedömts på multidisciplinär konferens.

*Nämnare:* Totala antalet lungcancerpatienter under mätperioden.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD: C34 (malign tumör i bronk och lunga).

#### Datakälla

Nationellt lungcancerregister.

#### Felkällor

Täckningsgraden är > 95 % 2002–2009.

## 131 Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer

---

#### Mått

Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, dagar.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn mäter väntetiden från remiss till behandlingsbeslut för patienter med lungcancer. En viktig indikator för omhändertagandet av lungcancerpatienter är tiden från det att en remiss inkommer till den utredande kliniken (en specialistklinik) fram till dagen för beslutet om behandling. Jämförelsen gäller tiden från det att remissen registreras vid utredande klinik, eller patienten själv tar kontakt med kliniken. Väntetiden omfattar tiden för handläggning och diagnosättning tills beslutet om behandlingsinsatserna har fattats, exempelvis vid en multidisciplinär konferens. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik.

Enligt Svenska lungcancergruppen bör väntetiden vara maximalt 28 dagar för minst 80 procent av patienterna.

#### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser väntetiden från ankomst av remiss till beslut om behandling för lungcancerpatienter.

Mätperiod: 2009.

Statistik: Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD: C34 (malign tumör i bronk och lunga).

#### Datakälla

Nationellt lungcancerregister.

#### Felkällor

Täckningsgraden är 95 %.



## 132 Tid till besök vid prostatacancer

---

### Mått

Väntetid från remissdatum till första besöket hos en specialist vid utredning för prostatacancer, dagar.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser väntetid från det att remissen inkommer till urologkliniken, eller patienten själv tar kontakt urologen, till första besök hos en specialistläkaren. God vård ska ges i rimlig tid, enligt Socialstyrelsens riktlinjer om God vård. Väntetiden är viktig för patienten, inte minst för att slippa en del av oron.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser väntetid från remissdatum till första besök hos specialist vid utredning för prostatacancer.

Mätperiod: 2009.

Population: Alla patienter i Nationella Prostatacancerregistret där remissdatum och första besöket hos specialist fanns angivet.

### Datakällor

Nationella Prostatacancerregistret.

### Felkällor

Täckningsgraden på variabeln anges till höger i diagrammet. Variationen mellan landstingen är 57–94 procent. En låg täckningsgrad kan påverka de redovisade väntetiderna.

## 133 Kurativ behandling vid prostatacancer

---

### Mått

Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande primärbehandling. Avser män 75 år eller yngre med mellan- och högrisktumörer, procent.

### Beskrivning och syfte

Måttet anger andel av män med prostatacancer med mellan- eller högrisktumörer som fått kurativt syftande primärbehandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser andel män 75 år eller yngre med mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande behandling. Det vill säga patienter med lokaliserad tumör som är medelhögt eller lågt differentierad och som inte har tecken till spridning av cancer utanför prostata.

Definition av patientgruppen:

Intermediärrisk (patient med mellanrisktumör): tumörstadium T1–2 med Gleasonsumma 7 och/eller PSA-värde mellan  $\geq 10$  –  $< 20$  microgram/l.

Högrisktumör: tumörstadium T3–4 och/eller Gleasonsumma 8–10 och/eller PSA-värde mellan  $\geq 20$  – 50 microgram/l.

Mätperiod: 2009.

Statistik: Konfidensintervall beräknat utifrån binomialfördelning

*Täljare:* Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått kurativt syftande primärbehandling och är 75 år eller yngre.

*Nämnare:* Totala antalet patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och är 75 år eller yngre.

Den geografiska fördelningen baseras på behandlande klinik och inte patientens hemort.

#### Datakälla

Nationella Prostatacancerregistret (NPCR).

#### Felkällor

NPCR har hög en hög täckningsgrad.

Tänkbara fel kan vara eventuella brister i rapportering och registrering.

## 134 Tid till behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer

---

### Mått

Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling vid elakartad huvud- och halstumör, dagar.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn beskriver väntetiden från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till beslut om behandling för patienter med elakartad huvud- och halstumör.

Indikatorn bör mätas då misstanke om cancer bör utredas så fort som möjligt för att minska risken för ökad tumörvolym och spridning av sjukdomen. Det finns vetenskapligt stöd för att så är fallet vid huvud och halscancer.

Utredningens planering och resurserna som finns på de enheter som behöver utnyttjas avgör hur lång tid det tar från att patienten söker vård eller remissen kommer in till den utredande kliniken, till dess att beslutet om behandling kan tas.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Indikatorn avser patienter med primär huvud- och halscancer förutom cancer i thyroidea (sköldkörteln). Utöver detta ingår halsmetastas med ökad primärtumör i registret.

Mätperiod: 2009–2010

Statistik: Mediantid samt undre och övre kvartilen har beräknats.

Följande diagnoskoder enligt ICD-10: C00–C14, C30–C32 samt C77.0.

### Datakälla

Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer, SweHNCR.

### Felkällor

För 58 av 2 291 stycken diagnoser saknas datum för att väntetiden skall kunna beräknas, vilket motsvarar 2,5 %.

## PSYKIATRISK VÅRD

## 135 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel

---

### Mått

Antal personer 20–79 år med regelbunden och hög användning av sömn-/lugnande medel, per 100 000 invånare.

### Beskrivning och syfte

Bensodiazepiner är accepterade standardmedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De har även i varierande omfattning kommit att användas vid behandling av lindrigare former av oro och ångest. En överdriven förskrivning kan leda till biverkningar och ökad risk för missbruk och beroende.

### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Åldersstandardiserat med 2000 års befolkning som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Bensodiazepinderivat, lugnande	N05BA
Bensodiazepinderivat, sömnmedel	N05CD
Bensodiazepinbesläktade medel	N05CF

I måttet anges antalet som hämtat ut recept på bensodiazepiner beräknat per 100 000 invånare.

Regelbundna användare:

*Täljare:* Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 0,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag.

*Nämnare:* Antal personer 20–79 år i befolkningen.

Högkonsumenter:

*Täljare:* Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 1,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag.

*Nämnare:* Antal personer 20–79 år i befolkningen.

### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 136 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

### Mått

Andelen 80 år och äldre som använder tre eller fler psykofarmaka samtidigt.

### Beskrivning och syfte

I måttet redovisas samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov. Indikatorn definieras som användning av minst tre läkemedel inom en eller flera av ATC-grupperna N05A, N05B, N05C och N06A.

### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas.

Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

*Täljare:* Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas samtidigt ha använt tre eller flera psykofarmaka.

*Nämnare:* Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

## Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

## 137 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre

---

### Mått

Andelen 80 år och äldre som är sömnmedelsanvändare, som använder sömnmedlet zopiklon.

### Beskrivning och syfte

Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling.

I måttet redovisas användning av zopiklon som andel av all användning av sömnmedel, regelbundet eller vid behov.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas. Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård. Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

*Täljare:* Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas använda sömnmedlet zopiklon.

*Nämnare:* Samtliga personer i åldrarna 80 år och över som beräknas använda sömnmedel i någon form.

## Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

**Mått**

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som tidigare vårdats inom psykiatrin.

**Beskrivning och syfte**

Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedöms belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedöms kunna förhindra inläggning på sjukhus. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården.

**Typ av indikator**

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

**Teknisk beskrivning**

Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatrin.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Psykiatrisk sjukdom	F00–F99 (exkl. F00–F03)

Följande sjukdomstillstånd och koder enligt ICD-10 ingår i måttet:

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
<b>Kroniska tillstånd</b>	
Anemi	D501, D508, D509
Astma	J45, J46,
Diabetes	E101–E108 (huvud- eller bidiagnos) E110–E118 (huvud- eller bidiagnos) E130–E138 (huvud- eller bidiagnos) E140–E148 (huvud- eller bidiagnos)
Hjärtsvikt	I50, I110, J81
Högt blodtryck	I10, I119
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos) J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
<b>Akuta tillstånd</b>	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286
Diarré	E86, K522, K528, K529
Epileptiska krampanfall	O15, G40, G41, R56
Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen	N70, N73, N74
Njurbäckeninflammation	N390, N10, N11, N12, N136
Öra-näsa-halsinfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J312

*Täljare:* Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen 20–59 år som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatrin.

*Nämnare:* Antal patienter 20–59 år som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatrin.

För befolkningen:

*Täljare:* Samtliga personer med undvikbara slutenvårdstillfällen i åldersgruppen 20–59 år.

*Nämnare:* Sveriges medelbefolkning 20–59 år.

#### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Skillnaderna i undvikbar slutenvård tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och att sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

### 139 Återinskrivning efter 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni

---

#### Mått

Antal patienter med schizofreni som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik.

#### Beskrivning och syfte

Måttet avser att belysa allt för tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Schizofreni	F20–F29

*Täljare:* Antal patienter som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik.

*Nämnare:* Antal patienter 20–59 år som vårdats för schizofreni.

#### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.

### 140 Återinskrivning efter 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni

---

#### Mått

Antal patienter med schizofreni som återinskrivits inom 3 respektive 6 månader på psykiatrisk klinik.

#### Beskrivning och syfte

Måttet avser att belysa allt för tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Schizofreni	F20–F29

*Täljare:* Antal patienter som återinskrivits inom 3 respektive 6 månader på psykiatrisk klinik.  
*Nämnare:* Antal patienter 20–59 år som vårdats för schizofreni.

#### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.

## 141 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

---

#### Mått

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2009 med fortsatt följsamhet under 2010

#### Beskrivning och syfte

Litiumbehandling är högprioriterat vid behandling av bipolär sjukdom i den preliminära versionen av nationella riktlinjer för ångest och depression. Litiumbehandling som förebyggande åtgärd ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller manodepressivitet.

Med regelbunden medicinering menas uttag av litium under månad 1–4 samt under månad 9–12 under mätperioden.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

Åldersstandardiserat med patienter som hämtat ut litium som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Litium	N05AN01

*Täljare:* Antal personer med fortsatt regelbunden litiumbehandling under nuvarande mätperiod.

*Nämnare:* Antal personer 18 år och äldre med regelbunden litiumbehandling under föregående mätperiod.

#### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

## 142 Besök inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatri

---

#### Mått

Andel som väntat högst 30 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter med ett beslut om vård som har väntat 30 dagar eller kortare på ett förstabesök inom barn och ungdomspsykiatri, vid det aktuella mättillfället. Avser även besök hos annan vårdgivarkategori än läkare.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad

tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid ingår i totalt antal väntande.

#### Teknisk beskrivning

Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.

Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system.

Databasens vårdutbud täcker nästan alla specialiteter och subspecialiteter, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

Mätperiod: 31 mars 2011.

#### Datakälla

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera Eventuellt avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

## 143 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri

---

Se indikator 25.

## 144 Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård

---

#### Mått

Andel patienter som återfallit i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård, procent.

#### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen vårdade vid rättspsykiatrisk vård som under senaste året under vårdtiden återfallit i brottslig gärning. Indikatorn är viktig eftersom huvudsyftet med vården är att förhindra återfall i brottslig gärning. Med återfall i brottslig gärning avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger. Uppgifterna som registreras är återfall i våldsbrott uppdelat på om det är riktat mot personal eller ej samt återfall i annan brottslighet.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som har återfallit i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård.

*Nämnare:* Totalt antal patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård.

För varje patient registreras kända uppgifter.

#### Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

#### Felkällor

Täckningsgrad: 87 %. Möjliga felkällor är att det kan förekomma fler återfall i brottslig gärning än vården känner till. Vidare kan det mellan olika vårdinrättningar finnas olika tolerans för vad som accepteras under vårdtiden, exempelvis var gränsen för olaga hot dras. Antalet patienter är i flera fall litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.



## 145 Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård

---

### Mått

Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30 med anledning av att det i gruppen psykiskt sjuka finns en somatisk översjuklighet och överdödlighet där övervikt och fetma är en bidragande orsak. Riktlinjer finns framtagna av bland andra Svenska Psykiatriska föreningen ("Kliniska riktlinjer för att förebygga och behandla metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning" utgivna 2009).

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter med BMI > 30.

*Nämnare:* Antal patienter i rättspsykiatrisk vård.

Mätperiod: 2010.

### Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

### Felkällor

Täckningsgrad: 87 %. Antalet patienter är i flera fall litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

## KIRURGISK VÅRD

## 146 Omoperation vid ljumsnbråck

---

### Mått

Andel ljumsnbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel opererade ljumsnbråck som ej blivit omopererade under 5 år.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter.

Varje opererat bråck som är noterat i bråckregistret följs, från tiden för bråckoperationen framåt i tiden, tills en ny bråckoperation (en omoperation) i den opererade ljumsken eventuellt utförs.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikkens lokalisering, inte på patientens hemortslän.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenskt Bråckregister.

### Felkällor

Registrets täckningsgrad är relativt god. Vissa kliniker opererar fler bråck som är mer tekniskt krävande.

## 147 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck

---

### Mått

Andel operationer av ljumskbråck utförda i dagkirurgi, procent.

### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av ljumskbråck.

### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal operationer av ljumskbråck utförda i dagkirurgi.

*Nämnare:* Totala antalet utförda operationer av ljumskbråck d.v.s. även operationer utförda inom slutna vården.

Mätmetod: Måttet baseras på antalet operationer och är nödvändigtvis inte likställt med antal personer som opererats.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10	Åtgärdskod
Ljumskbråck	K40.2, K40.9	JAB

Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion).

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Felkällor

Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer inom öppenvård.

## 148 Dödlighet efter vård för blödande magsår

---

### Mått

Andel döda inom 1 år efter vårdtillfälle för blödande magsår alternativ andel ny blödning, procent.

### Beskrivning och syfte

Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Risken ökar kraftigt med stigande ålder.

Etablerade riskfaktorer för blödande magsår är: hög ålder, infektion med *Helicobacter pylori*, tidigare magsårssjukdom, bruk av smärtstillande och inflammationsdämpande medel (NSAID, ASA eller lågdos-ASA) och på senare år har även användande av SSRI-preparat kopplats samman med en ökad risk.

Risken att dö inom ett år efter blödande magsår kan ses som en indikator på hur väl sjukvården klarar såväl det akuta omhändertagandet, baserat på dödlighet under sjukhusvården, och dödligheten efter det att patienten skrivits ut från sjukhus som möjligen kan ses som en indikator på kvaliteten i efterföljande vård.

### Typ av indikator

Strukturindikator      Processindikator      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Samtliga förstagångsfall av blödande magsår i åldrarna 45–99 år. Förstagångsfall har skattats med krav på fem år utan föregående diagnos. Diagnoskoderna är ICD10 K25.0, K25.4, K26.0, K26.4 som huvud eller bidiagnos. Andelen döda har åldersstandardiserats utifrån alla fall av magsår åren 2003–2009 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor. Dödligheten har följts från inskrivning och 365 dagar framåt. En separat beräkning för döda på sjukhus har gjorts.

*Täljare:* Antal sjukhusvårdade förstagningsfall som avlider inom 365 dagar efter blödande magsår samt antal av dessa som avlidit på sjukhus.

*Nämnare:* Samtliga förstagningsfall av blödande magsår.

#### Datakälla

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

#### Felkällor

Mycket litet bortfall av personnummer i patientregistret och dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten, liksom olika patientmix.

## 149 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi

---

### Mått

Andel patienter som följs upp efter obesitaskirurgi, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som följs upp efter obesitaskirurgi.

Alla patienter som opereras för svår fetma behöver följas upp efter operationen, av flera skäl, såväl medicinska som andra.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* antalet fall som registrerats i kvalitetsregistret 1 år efter obesitasoperation.

*Nämnare:* antalet registrerade operationer 2008–2009.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SOReg, Scandinavian Obesity Surgery Register.

### Felkällor

Täckningsgrad: 91 % av alla operationer 2008–2009. Alla 33 opererande enheter utom en registrerar i registret.

## 150 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi

---

### Mått

Minskning av övervikt ett år efter obesitaskirurgi, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta den procentuella minskningen av övervikten (% excess-BMI-loss)

Från olika studier vet man att kirurgisk teknik och val av operationsmetod spelar roll för resultatet. Andra faktorer som har med medicinska indikationer och case-mix att göra är ålder, grad av övervikt och kön. Sannolikt spelar system och omfattning av uppföljning också in på resultatet.

SOS-studien har visat att för att erhålla bestående livskvalitetsförbättringar över lång tid måste viktnedgången förutom bestående också vara betydande, minst 25 kg, vilket som regel motsvarar halva övervikten.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Individnivå täljare = minskningen av antalet BMI enheter mellan preop och 1 år postop.

*Nämnare:* Individnivå = nämnaren är antalet BMI-enheter över 25 preoperativt.

Alla som opererats 2008–2009 och som uppföljts 1 år efter operationen ingår. Patienter som omopererats men där den primära operationen gjordes före registrets start har exkluderats.

## Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SOReg, Scandinavian Obesity Surgery Register.

## 151 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa

---

### Mått

Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa (kolecystektomi).

Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt eftersom det leder till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Miniinvasivt ingrepp är oftast laparoskopi, men kan även vara så kallad minigalla, operation med ett mindre öppet snitt.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som opereras med laparoskopisk teknik eller "minigalla" vid borttagande av gallblåsa.

*Nämnare:* Samtliga patienter som opererat bort gallblåsan.

Mätperiod: 2010, avser operationsår.

Operationsmetod och övriga variabler registreras i kvalitetsregistret. Redovisningen på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

Kolecystektomier som utförs sekundärt till andra större ingrepp t.ex. lever- eller pancreaskirurgi, ingår ej.

### Datakälla

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

### Felkällor

Täckningsgrad: Över 90 procent år 2009. En stickprovskontroll av 1 168 journaler som jämförts med registerdata visar rätt registrering av operationsmetod i 99,5 % av fallen. På landstingsnivå/regionnivå är risken för olika casemix begränsad och täckningsgraden hög. Resultaten kan därför på denna nivå betraktas som mycket tillförlitliga.

## 152 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

---

### Mått

Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa (kolecystektomi).

Måttet är ett resultatmått och anger andelen patienter som inom 30 dagar får kirurgisk komplikation efter planerad operation där gallblåsan tas bort (kolecystektomi). Komplikation är till exempel blödning, djup infektion, galläckage, perforerad tarm eller gallvägsskada. Både akuta och elektiva operationer ingår.

Rangordningen bör tolkas med stor försiktighet då konfidensintervallen är stora och det förekommer viss underregistrering av kirurgiska komplikationer från verksamheten.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som fick en eller flera kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter operationen.

*Nämnare:* Samtliga patienter som opererat bort gallblåsan.

Mätperiod: 2010, avser operationsår.

### Datakälla

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

### Felkällor

Täckningsgrad: Över 90 procent år 2009. Journalgranskning vid ett urval kliniker har visat att underrapportering av komplikationer är en felkälla.

## 153 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa

---

### Mått

Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa (kolecystektomi) vid planerade operationer.

Studier har visat att förebyggande behandling med antibiotika inte minskar risken för infektionskomplikationer varför rekommendationerna nu är att inte ge förebyggande antibiotikabehandling vid elektiv kolecystektomi.

Vid enskilda fall kan det finnas faktorer som talar för att antibiotika bör ges, "för säkerhets skull". Därför kan det på sjukhusnivå finnas en selektion av patienter med olika svårighetsgrad, vilket till en viss del kan förklara en skillnad i antibiotikaanvändning. På landstingsnivå borde det dock inte finnas någon avgörande skillnad i patientsammansättning.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som fått antibiotika vid planerad kolecystektomi.

*Nämnare:* Samtliga patienter som genomgått en planerad kolecystektomi.

Mätperiod: 2010.

De som opererats i samband med en akut inläggning ingår inte.

### Datakälla

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

### Felkällor

Täckningsgrad: över 90 procent år 2009.

## 154 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation

---

### Mått

Kostnad per DRG-poäng för gallkirurgi, kolecystektomi, kronor.

### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen. De DRG-vikter som använts är efterkalkylerade (retrospektiva) och grupperingen har gjorts med NordDRG, Classic.

### Typ av indikator

✓ Strukturindikator                      Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Åtgärds-koder: JKA20 kolecystektomi och JKA21 laparoskopisk kolecystektomi.

Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

*Täljare:* Totalkostnaden för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20 kolecystektomi och JKA21 laparoskopisk kolecystektomi.

*Nämnare:* Totala antalet DRG-poäng för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20 kolecystektomi och JKA21 laparoskopisk kolecystektomi.

### Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

### Felkällor

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnads-bilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-data-basen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## 155 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder

---

### Mått

Andel opererade inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn är ett processmått för främst strokeförebyggande sjukvård inom kärlkirurgi och visar hur stor andel av patienterna med symtomgivande förträngning av halspulsådern som opereras inom 14 dagar från symtomdebut.

Vid förträngning av halspulsådern är det viktigt att operation sker snarast efter symtomdebut och diagnos. Den gynnsamma effekten av operationen minskar snabbt, ju längre tid det går.

Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för stroke.

### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som opererats för halspulsåderförträngning inom 14 dagar efter symtomdebut.

*Nämnare:* Alla patienter som opererats för symtomgivande halspulsåderförträngning

Mätmetod: Tidpunkt för symptom (som regel TIA) och för operation registreras löpande i kvalitetsregistret.

Mätperiod: 2010.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Swedvasc – Svenska Kärlregistret.

### Felkällor

Täckningsgraden är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras i Swedvasc. Handläggningstider är angivna i samtliga registrerade fall.

## 156 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben

---

### Mått

Andel döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, procent.

### Beskrivning och syfte

Måttet är ett resultatmått och visar andelen patienter som avled eller fick amputeras ovan fotled 30 dagar efter infrainguinala ingrepp för kronisk kritisk ischemi i nedre extremitet (ben). Det är ett mått som främst visar kvaliteten i det kirurgiska ingreppet och/eller vilken selektion av patienter för ingreppet som gjorts.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antalet patienter som är döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operationen

*Nämnare:* Samtliga patienter som genomgått infrainguinal operation vid kritisk ischemi med vilovärk, sår eller kallbrand i nedre extremitet.

Operation och uppföljningsresultat efter 30 dagar registreras i kvalitetsregistret.

Två tredjedelar av patienterna opereras endovaskulärt. Eftersom ingen signifikant skillnad föreligger mellan öppen och endovaskulärt ingrepp vid 30 dagar beträffande död eller amputation redovisas alla ingrepp tillsammans. Detsamma gäller kön.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Swedvasc – Svenska Kärlregistret samt befolkningsregistret för ev. dödsdatum.

### Felkällor

92,3 % av opererade patienter har 30-dagarskontrollerats Resultatet kan påverkas av casemix, då ingen justering för ålder eller annan sjuklighet görs.

## 157 Död efter planerad operation för aortaaneurysm

---

### Mått

Andel döda inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm(pulsåderbräck), procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn är en resultatindikator som mäter dödligheten inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm. Det är ett mått som främst visar kvaliteten i det kirurgiska ingreppet och/eller vilken selektion av patienter för ingreppet som gjorts.

Den låga andelen döda och ett relativt lågt antal opererade ger osäkerhet i resultaten. Resultatet kan påverkas av casemix, då ingen justering för ålder eller annan sjuklighet görs.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal avlidna enligt befolkningsregistret inom 90 dygn.

*Nämnare:* Antal opererade elektivt (planerat) för pulsåderbräck i stora kroppspulsådern i buken (= AAA abdominellt aortaaneurysm).

Opererade elektivt enligt NOMESCO-kod för AAA med öppen operation (PDG10, PDG20–24) eller med endovaskulär rekonstruktion EVAR (PDQ10, PDQ21).

Mätperiod: 2009–2010.

Landstingsredovisningen baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

## Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Swedvasc – Svenska Kärllregistret.

## Felkällor

Täckningsrad: Mer än 95 %.

## 158 Kostnad per operation av kärlförträngning i ben

### Mått

Kostnad per vårdtillfälle för infrainguinal rekonstruktion/bypass. Åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

### Typ av indikator

✓ Strukturindikator      Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen med åtgärdskoderna PEE10, PEF10, PEF11, PEF12, PEH10, PEH20, PEH30, PEN10, PEP10, PEP11, PEP12, PEQ10, PEQ11, PEQ12, PET10, PFH22, PFH23, PFH25, PFH27, PFH29, PFP10, PFQ10 och PGH40, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

*Nämnare:* Totala antalet vårdtillfällen med åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

Åtgärd	Åtgärdstext
PEE10	Trombektomi eller embolektomi i a femoralis communis
PEF10	Trombendartärektomi i a femoralis communis
PEF11	Trombendartärektomi i a profunda femoris
PEF12	Trombendartärektomi i a femoralis superficialis
PEH10	Bypass från a femoralis communis
PEH20	Bypass från a femoralis till a poplitea ovan knäleden
PEH30	Bypass från a femoralis till a poplitea nedom knäleden
PEN10	Plastik på a femoralis communis
PEP10	Perkutan plastik på a femoralis communis
PEP11	Perkutan plastik på a profunda femoris
PEP12	Perkutan plastik på a femoralis superficialis
PEQ10	Inläggande av stent i a femoralis communis
PEQ11	Inläggande av stent i a profunda femoris
PEQ12	Inläggande av stent i a femoralis superficialis
PET10	Injektion av läkemedel i eller perkutan ocklusion av a femoralis communis
PFH22	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a tibialis anterior
PFH23	Bypass från a femoralis eller a poplitea till truncus tibiofibularis
PFH25	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a tibialis posterior
PFH27	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a fibularis
PFH29	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a tibialis posterior på foten
PFP10	Perkutan plastik på a poplitea
PFQ10	Inläggande av stent i a poplitea
PGH40	Femorofemoral bypass



#### Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

#### Felkällor

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

## 159 Patientrapporterat resultat av septumplastik

---

#### Mått

Andel patienter som är helt eller ganska nöjda 6 månader efter septumplastik, procent.

#### Beskrivning och syfte

Måttet är ett resultatmått och visar hur stor andel av de opererade patienterna som efter sex månader är helt eller ganska nöjda med operationen.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som svarade att de är helt eller ganska nöjda med resultatet av operationen.

*Nämnare:* Samtliga patienter som opererats med septumplastik på grund av nästäppa.

Septumplastik med eller utan samtidig conchotomi ingår. Samtliga patienter som opereras med septumplastik på grund av besvärlig nästäppa och som följts upp efter operation under den aktuella mätperioden ingår.

Mätmetod: Sex månader efter operationen sänder registret ut en enkät och frågar patienterna hur de själva bedömer resultatet.

Mätperiod: 2009–2010.

Klinikens lokalisering styr landstingstillhörigheten i redovisningen, inte patientens hemort.

#### Datakälla

Svenskt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård.

#### Felkällor

Varierande täckningsgrad i olika landsting.

## 160 Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation

---

#### Mått

Andel patienter som är helt eller ganska symtomfria 6 månader efter tonsilloperation, procent.

#### Beskrivning och syfte

Måttet är ett resultatmått och visar hur stor andel av de opererade patienterna som efter sex månader är helt eller ganska nöjda med operationen.

#### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som svarade "besvären borta" eller "jag har blivit ganska bra" 6 månader efter operationen.

*Nämnare:* Samtliga patienter som tonsillopererats.

Patienter med cancersjukdom ingår inte.

Mätmetod: Sex månader efter operationen sänder registret ut en enkät till de opererade patienterna.

Mätperiod: 2010, avser operationsår.

Klinikens lokalisering styr landstingstillhörigheten i redovisningen, inte patientens hemort.

#### Datakälla

Svenskt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård.

#### Felkällor

Täckningsgraden bedöms på nationell nivå vara cirka 80 %, baserat på en jämförelse av antalet opererade med Patientregistret vid Socialstyrelsen avseende år 2008. Svarsfrekvens på 6 månadersenkäten är 76,4 %.

## 161 Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation

---

### Mått

Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation (gråstarrsoperation), procent

### Beskrivning och syfte

Måttet visar hur stor andel av patienterna som vid tidpunkten för operation hade en synskärpa som var lägre än 0,5. Måttet visar hur stor synförsämring man i de olika landstingen har för att komma ifråga för operation och är därmed ett mått på tillgänglighet till denna operation.

0,5 på bästa ögat är gräns för att få köra bil förutsatt att synfunktionen i övrigt är normal.

Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal kataraktpatienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 dioptrier på det bästa ögat vid tidpunkten för operation.

*Nämnnare:* Samtliga kataraktopererade patienter som registrerats i kataraktregistret under den aktuella mätperioden.

Uppgifterna per landsting baseras på patientens hemort oavsett var operationen genomfördes.

Mätperiod: 2010.

### Datakälla

Nationella Kataraktregistret.

### Felkällor

Registret uppskattar täckningsgraden till över 98 %. Det grundläggande datamaterialet bedöms vara av god kvalitet.

## 162 Självskattad nytta av kataraktoperation

---

### Mått

Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation (gråstarrsoperation), procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta patientens självskattade förbättring av synfunktionen det dagliga livet efter kataraktoperation. Indikatorn är viktig att följa eftersom syftet med operationen är att återställa synen genom att avlägsna den grå starren.

Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal besvarade enkäter med självskattad förbättring.

*Nämnare:* Antal besvarade enkäter.

Mätmetod: Enkäten distribueras av deltagande kliniker före operation och sänds som självinstruerande postenkät 3 månader efter operation. Enkäten är en Rasch-analyserad patientenkät (Catquest-9SF). Ett flertal vetenskapliga publikationer finns som beskriver enkätens validitet för svenska förhållanden.

### Datakälla

Nationella Kataraktregistret.

### Felkällor

Svarsfrekvens cirka 80 %. Analysen kräver att enkäten är fullständigt ifylld, varför det förekommer ett bortfall också på grund av ofullständigt ifyllda enkäter.

## INTENSIVVÅRD

### 163 Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA

---

#### Mått

Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (IVA).

#### Beskrivning och syfte

Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt patientens ålder och tidigare sjukdomar. Denna förväntan baseras i SAPS3 modellen på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002 (i APACHE modellen baseras förväntan på studiet av amerikanska patienter under 1980-talet). Förväntan jämförs sedan med den observerade dödligheten. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitets rat (SMR). SMR = observerad dödlighet/förväntad dödlighet.

SMR = 1 när den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten, SMR > 1 när den observerade dödligheten är högre än förväntan och SMR < 1 när den observerade dödligheten är lägre än förväntan.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Observerat antal dödsfall inom 30 dagar efter inskrivning på IVA.

*Nämnare:* Förväntat antal dödsfall inom 30 dagar efter inskrivning på IVA.

Alla intensivvårdspatienter som är 16 år eller äldre och som vårdas på intensivvårdsavdelningar som är medlemmar i SIR och som skickar data ingår i redovisningen. De aktuella riskjusteringsmodellerna är APACHE och SAPS3 för vuxna (16 år och äldre).

SIR beräknar SMR på utfallet levande/avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA. I riskjusteringssystemen ingår bl. a. ålder, kronisk sjukdom, typ av akut sjukdom (intagningsorsak), ankomstväg till IVA samt den akuta sjukdomens svårighetsgrad och opererad status. Utifrån dessa data beräknas risk för död (förväntad dödlighet) < 30 dagar.

Mätperiod: 2010.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

#### Datakälla

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)

#### Felkällor

År 2010 var 75 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Andelen patienter som följts upp med avseende på överlevnad är nästan 98 procent.

Ett stort antal faktorer påverkar SMR. Förekomsten av t.ex. ej inledda/ej fortsatta behandling inom intensivvården påverkar SMR genom att andelen döda ökar. Modellen för riskjustering är också av stor betydelse, vilket försvårar direkta jämförelser mellan SAPS3 och Svensk APACHE. För båda modellerna är utfallet avsevärt mycket bättre än 1.0 som är förväntat av modellen.

Ofullständig eller felaktig datainsamling kan påverka SMR, varför det är viktigt att värdet bedöms samtidigt som datakvaliteten beaktas. Därför ingår bortfallsbeskrivning som en del i bedömningen av SMR.

För kalenderåret 2010 kunde inte Gotland skicka denna typ av patientadministrativa data.

## 164 Utskrivning nattetid från IVA

---

### Mått

Andel patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid, procent.

### Beskrivning och syfte

Måttet beskriver andelen patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid och är viktigt att följa eftersom nattlig utskrivning är förknippad med ökad dödlighet.

Utskrivning från intensivvården nattetid av levande patient sker vanligen av två skäl: utskrivning av medicinska skäl för specialistvård (t ex. neurokirurgi) och utskrivning pga. platsbrist till vanlig vårdavdelning.

Eftersom bemanningen ofta är begränsad nattetid betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Detta kan vara orsaken till att nattlig utskrivning från IVA är förknippad med ökad dödlighet, ett faktum som motiverar att nattlig utskrivning är en av SIR:s kvalitetsindikatorer.

### Typ av indikator

Strukturindikator      ✓ Processindikator      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som skrivits ut levande från IVA till vårdavdelning från kl. 22:00 t.o.m. 06:59.

*Nämnare:* Totala antalet patienter som skrivits ut levande från IVA till vårdavdelning.

*Avgränsningar:*

1. Patienter utskrivna till annan IVA exkluderas.
2. Endast vårdtyp IVA – vårdtyp Barnintensivvård och Thoraxintensivvård exkluderas.

Mätperiod: 2010.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

### Datakälla

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

### Felkällor

År 2010 var 75 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar.

För kalenderåret 2010 kunde Gotland inte skicka denna typ av patientadministrativa data. Ej redovisad behandlingsstrategi utgör en källa till tolkningsproblem. Hög andel av behandlingsbegränsning hos patienter som skrivs ut nattetid från IVA till vårdavdelning påverkar 30 dagars mortalitet.

## 165 Oplanerad återinskrivning till IVA

---

### Mått

Andel patienter som oplanerat återinskrevs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, procent.

### Beskrivning och syfte

Det är väl känt att patienter som oplanerat återkommer till samma IVA kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö.

Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är efter vården vid IVA.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      Processindikator                      ✓ Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal oplanerade inläggningar där tiden mellan utskrivning från index vårdtillfället och återinläggningens vårdtillfällets start är  $\leq 72$  timmar och återinläggning och indexvårdtillfälle är på samma IVA.

*Nämnare:* Totala antalet "index vårdtillfällen" där patienten är utskriven levande från IVA. "Index vårdtillfälle" är det första intensivvårdstillfället för en patient under definierad tidsperiod (vanligen kalenderår).

Intensivvårdspatienter som vårdas på intensivvårdsavdelning som är medlem i SIR och som skickar data ingår i redovisningen. Inga andra avgränsningar finns.

Mätperiod: 2010.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

### Datakälla

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

### Felkällor

År 2010 var 75 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar.

Lokala IT system kan vara en felkälla, om de inte kan hantera ett sammanhängande vårdtillfälle över årsskiftet eller där flera moderkliniker varit inblandade. Indikatorn påverkas av vårdens innehåll och kvalitet hos mottagande vårdavdelning, som intensivvården inte har direkt kontroll över, men indirekt kan stödja via MIG (Mobila Intensivvårdsgrupper).

Återinläggning efter andra vårdtillfällen än indexvårdtillfället fångas inte.

För kalenderåret 2010 kunde Gotland inte skicka denna typ av patientadministrativa data.

## ANNAN VÅRD

## 166 God viruskontroll vid HIV

---

### Mått

Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA  $< 50$  kopior/ml) av alla med antiviral behandling, procent.

### Beskrivning och syfte

Måttet är ett processmått för vården av HIV-smittade och anger hur stor andel av alla med antiviral behandling som når målet för god viruskontroll, definierat som HIV-RNA  $< 50$  kopior/ml.

Hämning av virusförökning är ett centralt mål i HIV-behandling. God viruskontroll motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma.

Virusmåttet är direkt relaterat till patientens överlevnad.



### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenska Palliativregistret.  
NAVET – befolkningsregister (skatteverket).

### Felkällor

Täckningsgraden är 49 % av samtliga dödsfall vilket motsvarar 52 % av väntade dödsfall. De rapporterade vårdgivarna är indelade i 7 olika typer där patienterna har olika karakteristika. Så länge täckningsgraden inte är tillräckligt hög i det enskilda länet måste detta beaktas vid jämförelse.

Sjukvården kan rapportera in ytterligare data som påverkar resultatet i denna datamängd t o m 2011 12 31.

Symtomskattning beskrivs i de flesta omvårdnadsjournaler i fri text alternativt som en fristående variabel som inte är möjlig att sammanställa på ett enkelt sätt med datorns hjälp. Det krävs alltså en manuell tolkning för att besvara frågan.

## 168 Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede

---

### Mått

Måttet visar andelen patienter för vilka det fanns ordination för injektion av opioid (morfinpreparat mot smärta) vid behov, senast ett dygn före dödsfallet, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter för vilka det fanns ordination för injektion av opioid (morfinpreparat mot smärta) vid behov, senast ett dygn före dödsfallet vilket är viktigt att följa som en del av god palliativ vård i livets slut. Då skall tillses att det finns adekvata ordinationer i händelse av smärtgenombrott, för att minimera fördröjning vid insättande av smärtstillande behandling.

Ordinationen skall vara individuell då dosstorleken kan behöva justeras. Det finns på många enheter generella ordinationer vid akut smärta som visserligen är bättre än avsaknad av ordination men det kan aldrig ersätta ett rutinmässigt arbetssätt där vid behovsläkemedel går igenom individuellt när en människa bedöms vara döende.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall där individuell ordination av stark opioid för subcutan injektion vid behov utförts senast det dygn patienten avled.

*Nämnare:* Det totala antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall.

Mätperiod: 1 januari – 30 juni 2011.

Här ingår endast de dödsfall som av sjukvården rapporterats som väntade.

Enkät besvaras av ansvarig personal omedelbart efter dödsfallet med stöd av aktuell läkemedelslista. Om skriftlig ordination finns senast ett dygn före dödsfallet besvaras frågan med Ja.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenska Palliativregistret.  
NAVET – befolkningsregister (skatteverket).

### Felkällor

Täckningsgraden är 49 % av samtliga dödsfall vilket motsvarar 52 % av väntade dödsfall. De rapporterade vårdgivarna är indelade i 7 olika typer där patienterna har olika karakteristika. Så länge täckningsgraden inte är tillräckligt hög i det enskilda länet måste detta beaktas vid jämförelse.

Sjukvården kan rapportera in ytterligare data som påverkar resultatet i denna datamängd t o m 2011 12 31.

Variabeln baseras på förekomst av skriftliga ordinationer, vilket ger tydlighet. Det kan dock förekomma kommunikationsproblem där omvårdnadspersonalen är anställd av kommun eller privat verksamhet medan den medicinskt ansvariga är anställd av landstinget med separata dokumentationssystem som följd.

## 169 Brytpunktssamtal i livets slutskede

---

### Mått

Måttet visar andelen patienter för vilka det fanns i journalen dokumenterat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel patienter och anhöriga som informerats om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas, vilket är viktigt som en del i god palliativ vård i livets slutskede.

När sjukvården inser att sjukdomen eller åldrandet har gått så långt att det inte längre är meningsfullt, skadligt eller orsakar ett ökat lidande att behandla den underliggande orsaken är det viktigt att detta kommuniceras med såväl patient och närstående som personal runt patienten. Detta för att den sjuke och dennes närstående skall kunna påverka hur den sista tiden skall vara och för att personalen skall vidta de åtgärder som behövs för att kunna erbjuda ett palliativt vårdinnehåll i livets slut. Detta kan naturligtvis behöva ett flertal samtal. Indikatorn har tagit fasta på hälso- och sjukvårdslagens syn på läkarmedverkan och redovisar därför inte de samtal som förs av sjuksköterskan ensam.

### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall där individuell information om att vården går över till vård i livets slutskede har givits av läkare och dokumenterats i den medicinska journalen. I de fall personalen har bedömt att patienten saknar förmåga att uttrycka sin vilja en månad eller mer före dödsfallet används i stället svaret avseende information till närstående. Om närstående saknas anses frågan besvarad med ja.

*Nämnare:* Det totala antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall.

Mätperiod: 1 januari – 30 juni 2011.

Här ingår endast de dödsfall som av sjukvården rapporterats som väntade.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenska Palliativregistret.

NAVET – befolkningsregister (skatteverket).

### Felkällor

Täckningsgraden är 49 % av samtliga dödsfall vilket motsvarar 52 % av väntade dödsfall. De rapporterade vårdgivarna är indelade i 7 olika typer där patienterna har olika karakteristika. Så länge täckningsgraden inte är tillräckligt hög i det enskilda länet måste detta beaktas vid jämförelse.

Sjukvården kan rapportera in ytterligare data som påverkar resultatet i denna datamängd t o m 2011 12 31.



## 170 Bromsmedicin vid skovvist förlöpande MS

---

### Mått

Andel av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmediciner, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS, som haft sjukdomen kortare än 15 år, som behandlas med bromsmediciner, sk immunmodulerande behandling.

Studier har visat att det redan i tidiga skeden av sjukdomen uppstår skador av irreversibel natur, även om symtomen är lindriga. Indikatorn är värdefull att följa eftersom det är av vikt att behandling påbörjas tidigt och att behandling erbjuds de patienter som har nytta av den.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal immunbehandlade patienter med sjukdomsduration ≤ 15år vid årets slut för respektive år, registrerade i SMSregistret.

*Nämnare:* Förmodat antal patienter med sjukdomsduration ≤ 15år (Cecilia Ahlgren, MSJournal, 2011).

Diagnosgrupp: G35,9.

Mätperiod: tom 31 december 2010.

Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstingstillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenska MS-registret – SMSregistret.

### Felkällor

Möjlig underrapportering till kvalitetsregistret, viss osäkerhet i beräkningen av sjukdomsförekomsten i landstingen även om den förbättrats jämfört med föregående år, patienter som deltar i kliniska prövningar kan påverka utfallet.

## 171 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS

---

### Mått

Andel av uppskattat antal patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmediciner, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin, av alla patienter med sekundärprogressiv MS i respektive landsting. Det totala antalet patienter per landsting är inte känt, utan är en uppskattning av sjukdomsförekomsten.

Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstingstillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.

Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS saknar dokumenterat gynnsamma effekter varför behandlingsfrekvensen enligt SMSS (Svenska MS-sällskapet) bör ligga lågt.

### Typ av indikator

Strukturindikator                      ✓ Processindikator                      Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal immun-behandlade patienter med sekundärprogressiv MS i augusti 2011 registrerade i SMSregistret.

*Nämnare:* Förmodat antal patienter med sekundärprogressiv MS (Cecilia Ahlgren, MSJournal, 2011).

Diagnosgrupp: G35,9.

Mätperiod: augusti 2011.

Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstings-tillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenska MS-registret – SMSregistret.

#### Felkällor

Möjlig underrapportering till kvalitetsregistret, viss osäkerhet i beräkningen av sjukdoms-förekomsten i landstingen även om den förbättrats jämfört med föregående år, patienter som deltar i kliniska prövningar kan påverka utfallet.

## 172 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos

---

### Mått

Andelen patienter med demenssjukdom som genomgick basal demensutredning, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med demenssjukdom som genomgått basal demensutredning definierad enligt Socialstyrelsens riktlinjer, dvs strukturerad anamnes, kognitiv bedömning (MMT, klocktest) blodkemi, och CT eller MR. Det finns idag inget specifikt test eller undersökning som ensamt leder till diagnos. Indikatorn är viktig att mäta eftersom diagnosen ligger till grund för patientens möjligheter att få rätt stöd- och vårdinsatser.

### Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal patienter som genomgått basal utredning, dvs kognitiv bedömning, strukturerad anamnes, blodkemi och CT eller MR, till grund för en demensdiagnos. Utredningen är antingen gjord på egna kliniken eller delvis på annan klinik.

*Nämnare:* Antal patienter med diagnosticerad demenssjukdom.

Alla patienter som registreras vid sin första demensdiagnos ingår i urvalet. Demensdiagnoser som registreras i SveDem är demens vid Alzheimers sjukdom (tidig respektive sen debut), blanddemens (mix Alzheimers sjukdom och vaskulär demens), vaskulär demens, Lewy body demens, frontotemporal demens, , Parkinsons sjukdom med demens, demens UNS och övrig demenssjukdom. Ingen åldersstandardisering är gjord.

Mätperiod: 2010.

Data för landsting avser patientens hemortslandsting.

### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SveDem – Svenska Demensregistret.

### Felkällor

93 % av specialistenheterna är anslutna, däremot är täckningsgraden låg för vårdgivare i primärvården. Resultatet får därför anses spegla vården på specialistenheterna.

Delar eller hela den basala demensutredningen kan vara gjord på annan enhet vilket ska registreras, men kan missas.

## 173 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration

---

### Mått

Andel förbättrade patienter (ögon) efter behandling vid makuladegeneration, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter (ögon) som förbättrats, en rad på ETDRS-syntavlan eller mer, efter behandling vid makuladegeneration.

Hälsoekonomiskt finns stora vinster med behandlingen. En bevarad synskärpa värderas högt och ger möjlighet till självständigt boende och minskat hjälpbehov.

Skillnader mellan landsting i antal behandlade patienter kan bero dels på att täckningsgraden för registreringen skiljer sig mellan klinikerna, dels på att vissa landsting har en högre andel äldre i befolkningen som i större grad drabbas av åldersrelaterade makuladegenerationer. Hur tillgänglig vården är och hur frikostig man är med att erbjuda behandling kan också vara en orsak till skillnader inom landet.

Behandlingens effektivitet har utvärderats med antal bokstäver synförbättring i studier.

#### Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

#### Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal ögon som uppnått 1 rads synförbättring eller mer efter 12 mån behandling.

*Nämnare:* Totalt antal ögon som fått behandling i 12 mån under 2009 och 2010.

I makularegistret registreras patienter som får någon form av behandling av våt makuladegeneration. I Makulregistret registreras synförbättring i antalet förbättrade bokstäver på ETDRS-syntavla. 5 bokstäver motsvarar en rad på syntavla.

#### Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Makularegistret.

#### Felkällor

34 kliniker registrerar i Makularegistret. De flesta av klinikerna registrerar sina patienter vid såväl ursprungsbesök som vid uppföljande återbesök och behandlingsbesök. Det finns kliniker som har ett lågt antal registrerade i förhållande till sitt upptagningsområdes befolkningsmängd. Har patienten avslutats innan 12 mån uppföljning kommer resultaten inte med i rapporten.

